

Informationsbogen und Einverständniserklärung für Allergietestung und Blutentnahme

Hauttestungen und Blutentnahmen werden durchgeführt, um festzustellen, gegen welche Stoffe Sie allergisch sind. Beim Hauttest (Pricktest) werden an der Innenseite des Unterarms Testlösungen mit kleinen "Pieks" in die Haut eingebracht. Bei einem positiven Test kommt es zu Hautjucken und zu einer Hautquaddel mit umgebender Rötung. Die Beschwerden gehen von selbst wieder zurück. Die Testung dauert etwa eine halbe Stunde.

Ich willige in die Hauttestung / Blutentnahme ein.

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Erlangen, den **Unterschrift**

Vor Hauttestungen (Prick, Intrakutan, etc.)

6 Tage vorher: Antihistaminika (freiverkäufliche Allergietabl.) je nach Wirkstoff absetzen

3 Wochen vorher: kein Cortison als Tablette oder Spritze

Dieser Fragebogen dient der Aufdeckung und Eingrenzung einer möglichen allergischen Erkrankung. Sie sollten ihn in Ruhe durchlesen und sorgfältig beantworten. Wenn nicht Sie, sondern Ihr Kind der Patient ist, gelten die Fragen dem Befinden und persönlichen Umfeld Ihres Kindes.

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen oder Beschwerden? (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Augenjucken/-brennen/-tränen | <input type="checkbox"/> Hautausschlag/ -Quaddeln, Ekzem, Nesselsucht |
| <input type="checkbox"/> Gaumenjucken | <input type="checkbox"/> Niesanfälle |
| <input type="checkbox"/> Häufiger Husten | <input type="checkbox"/> Dauerschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darmbeschwerden | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Atemnot: <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> bei körperliche Belastung? |
| <input type="checkbox"/> Riech-/Schmeckstörungen | |

Wann treten Ihre Beschwerden auf?

- an weniger an mehr als 4 Tagen pro Woche
 an weniger an mehr als 4 Wochen pro Jahr (bitte ankreuzen)

Das ganze Jahr

Verstärkt zu bestimmten Jahreszeiten (bitte ankreuzen):

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Jan. | Feb. | März | April | Mai | Juni | Juli | Aug. | Sept. | Okt. | Nov. | Dez. |
| <input type="checkbox"/> |

Wo treten Ihre Beschwerden auf?

- Im Freien / Natur
- In Innenräumen Wohnung Büro
- Im Bett früh beim Aufstehen Wechsel warm/kalt
- Bei bestimmten Tätigkeiten (Arbeit, Hobby, Hausarbeit...) – Bei welchen?
- Bei Kontakt mit Tieren – Bei welchen?
- Halten Sie Tiere oder haben Sie häufig Kontakt mit Tieren – welche?
- Wie lange haben Sie die Beschwerden schon?
- Lebensmittelunverträglichkeiten?

Nehmen Sie Medikamente? (Bitte alle Medikamente eintragen, die Sie zurzeit anwenden)

- Nein Ja – welche?
- Medikamentenunverträglichkeiten?

Bestehen noch andere Erkrankungen?

Nein Ja – welche?

Sind bei nahen Blutsverwandten Allergien, Heuschnupfen oder Asthma bekannt?

Nein Ja

Rauchen Sie?

Nein Ja

Sind Sie schwanger?

Nein Ja

Planen Sie in nächster Zeit schwanger zu werden?

Nein Ja

Wo/Wie wohnen Sie? (bitte ankreuzen)

In ländlicher Umgebung

In der Stadt

Haben Sie einen Garten oder Bäume/Sträucher vor der Wohnung?

Haben Sie viele Zimmerpflanzen?

Haben Sie Teppichböden und/oder viele Polstermöbel und Stoffe in der Wohnung?

Haben Sie einen Luftbefeuchter, Vernebler, Zimmerspringbrunnen o. ä.?

Können Sie Dinge in Ihrer Umgebung nennen, auf die Sie möglicherweise allergisch reagieren?

Ist eine Insektengiftallergie bekannt?

Nein Ja – welche?

Wurde bei Ihnen bereits ein Allergietest durchgeführt?

Nein Ja – Ergebnis:

Haben Sie einen Allergiepass?

Nein Ja – Legen Sie ihn bitte zusammen mit diesem Fragebogen dem Arzt vor.

Wurde bereits eine Hyposensibilisierung durchgeführt?

Nein Ja – Mit welchen Allergenen?

Wann und wie lange?

Präparatnamen:

Mit: Tabletten Spritzen Tropfen

Hat diese zu einer Besserung geführt?

Ja, gut Mäßig Nicht zufrieden stellend

Mit Nebenwirkungen?

Nein, gut vertragen Ja (bitte beschreiben)

Mir geht es aktuell aufgrund meiner Allergie (1 = sehr schlecht; 10 = sehr gut)

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> |

Sollten Ihnen weitere Aspekte eingefallen sein, die Ihre Beschwerden beeinflussen könnten, oder zur Klärung einer Allergie beitragen, so sprechen Sie bitte Ihren Arzt darauf an.