

Dr.med. Carsten Reinhardt

Hals-Nasen-Ohren-Arzt

Arzt für Naturheilverfahren und Allergologe

Liebe Patientinnen und liebe Patienten,

herzlich willkommen in unserer Praxis, Sie wünschen eine allergologische Beratung und Behandlung? Hierzu würden wir gern verschiedene Aspekte Ihrer Beschwerden und mögliche Zusammenhänge mit Ihrer Umwelt abfragen.

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Name: _____

Vorname: _____ Geb.: _____

Beruf erlernt: _____

jetzige Tätigkeit: _____

Welche der folgenden Beschwerden bestehen bzw. bestanden früher? (bitte ankreuzen) Bitte unterstreichen Sie die Hauptbeschwerden.

- | | | |
|--|-------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Nesselsucht, Hautquaddeln | seit: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme, Neurodermitis | seit: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Augentränen, Augenjucken | seit: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fließschnupfen | seit: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Niesanfälle | seit: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Neigung zu Erkältungsschnupfen | seit: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Behinderte Nasenatmung (re/li?) | seit: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nasenpolypen | seit: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis mit/ohne Atemnot | seit: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reizhusten | seit: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Beschwerden | seit: _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Jucken Lippen, Mund Rachen, Ohren | seit: _____ | bis: _____ |
- Asthma, Atemnot: falls ja, wie oft haben Sie Luftnot?
- An den meisten Tagen und Nächten
 - Mehr als 1 x pro Woche tagsüber oder in mehr als 2 Nächten pro Monat
 - Höchstens 1 x pro Woche tagsüber oder in höchstens 2 Nächten pro Monat
 - Nur bei körperlicher Belastung

Wann treten die Hauptbeschwerden auf?

- Dauerbeschwerden während des ganzen Jahres
- Unregelmäßige Abstände während des ganzen Jahres (wie oft?)
 - 1-4 x / Jahr
 - 5-10 x / Jahr
 - Häufiger als 10 x / Jahr
 - Während des ganzen Jahres, aber in bestimmten Monaten schlimmer
 - Ausschließlich in bestimmten Monaten:

Jan Feb März April Mai Juni Juli Aug Sept Okt Nov Dez

Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten Tageszeit auf? Wenn ja, wann?

Treten die Beschwerden verstärkt an bestimmten Orten auf? (im Freien, zuhause, auf der Arbeit, im Bett, andere Orte?)

Treten die Beschwerden vermehrt bei bestimmten Tätigkeiten (Arbeit, Hausarbeit) oder Umgang mit bestimmten Stoffen (z.B. Gasen, Staub) auf?

Besteht bei bestimmten Gelegenheiten / an bestimmten Orten (z.B. See, Berge) Beschwerdefreiheit?

Bestehen privat, beruflich oder als Hobby Kontakte zu Tieren? Wenn ja, zu welchen und treten hierbei allergische Symptome auf und wenn ja, welche?

Bestehen allergische Reaktionen auf bestimmte Nahrungsmittel? Wenn ja, auf welche Nahrungsmittel und welche Beschwerden?

Bestehen Unverträglichkeiten / allergische Reaktionen gegenüber

- o Medikamenten welche? _____
- o Metallen welche? _____
- o Pflaster
- o Insektenstiche welche? _____
- o Sonstige welche? _____

Bestehen Allergien bei direkten Verwandten (Eltern, Großeltern, Geschwister)? Wenn ja, bei wem?

Rauchen Sie?

Wenn ja, was und wieviel? (pro Tag, pro Woche und seit wie vielen Jahren)

Ist bereits ein Allergietest durchgeführt worden?

- o Nein
- o Ja, und zwar _____ (Jahr)
 - o Hauttest
 - o Bluttest
 - o Ist das Testergebnis bekannt?
 - o Nein
 - o Es wurden keine Allergien festgestellt
 - o Ja, es wurden folgende Allergien festgestellt:

Wurde bereits eine Hyposensibilisierungsbehandlung durchgeführt?

- o Wenn ja, wogegen und wann / wie lange? _____
- o Spritzen
- o Tabletten
- o Tropfen
 - o Mit gutem Erfolg (deutlich besser oder geheilt)
 - o Ohne wesentlichen Erfolg (gleichbleibend oder schlechter)
 - o Traten Nebenwirkungen auf? Welche?

Wurden Dinge (z.B. Haustiere, Teppich) abgeschafft? Wenn ja, mit Erfolg?

Wurden Operationen an Nase oder Nasennebenhöhlen) durchgeführt? Wenn ja, welche?

Wurden sonstige Maßnahmen durchgeführt? Mit Erfolg?

- Akupunktur
- Atemtherapie
- Anschaffung milbendichter Bettüberzüge
- Sonstiges: _____

Werden wegen allergischer Beschwerden folgende Medikamente eingenommen?

- Augentropfen, wenn ja, welche? _____ bei Bedarf/regelmäßig
- Tabletten, wenn ja, welche? _____ bei Bedarf/regelmäßig
- Spray für die Nase, wenn ja, welches? _____ bei Bedarf/regelmäßig
- Spray für die Lunge, wenn ja, welches? _____ bei Bedarf/regelmäßig
- Sonstiges: _____

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein (vor allem Betablocker, ACE-Hemmer)?

Wenn ja, welche?

Für Frauen:

Sind Sie schwanger?

Planen Sie in nächster Zeit schwanger zu werden?