



PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor dem Gespräch mit dem Arzt aus. Sie können damit helfen, die möglichen Ursachen Ihrer Beschwerden leichter zu finden.

DATEN DES PATIENTEN

HEUTIGES DATUM: 2024

Familienname: Vorname:

Geburtsdatum: Vers. Nr.: versichert bei (Krankenkasse):

Telefon/Fax: E-Mail:

Wohnadresse:

frühere Tätigkeit (erlernter Beruf): derzeit ausgeübte Tätigkeit:

Arbeitgeber und Dienstort:

DATEN DES HAUPTVERSICHERTEN (wenn Patient mitversichert):

Familienname: Vorname:

Geburtsdatum: Vers. Nr.: versichert bei (Krankenkasse):

Arbeitgeber und Dienstort des Haupt-Versicherten:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Husten | <input type="radio"/> Augenjucken | <input type="radio"/> Verdauungsprobleme |
| <input type="radio"/> Atembeschwerden (Lunge) | <input type="radio"/> Lidschwellung | <input type="radio"/> Blähungen |
| <input type="radio"/> Nasenfluss | <input type="radio"/> Gaumenjucken | <input type="radio"/> Durchfälle |
| <input type="radio"/> Niesreiz | <input type="radio"/> Hautjucken | |
| <input type="radio"/> verstopfte Nase | <input type="radio"/> Ausschläge; wo?
..... | <input type="radio"/> andere, nämlich:
..... |

Seit wann haben Sie die jetzigen Beschwerden? Seit:

Seit wie vielen Jahren insgesamt? Seit:

SPÜREN SIE DIE BESCHWERDEN ZU EINER BESTIMMTEN TAGESZEIT BESONDERS STARK?

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Morgens | <input type="radio"/> Nachts | <input type="radio"/> Nach dem Essen |
| <input type="radio"/> Mittags | <input type="radio"/> Verschieden | <input type="radio"/> Immer gleich |
| <input type="radio"/> Abends | | |

**IN WELCHER JAHRESZEIT TRETEN DIE BESCHWERDEN (AM STÄRKSTEN) AUF
(z.B.: Ostern, Sommer, Winter, usw.)?**

- Monate (von / bis):
- ganzjährig

TRETEN IHRE BESCHWERDEN VERMEHRT AUF:

- zu Hause
- im Freien
- durch Ihr Hobby - welches:
.....
- am Arbeitsplatz
- nach Genuss bestimmter
Nahrungsmittel - welcher:
.....

**HABEN SIE BERUFLICH ODER DURCH EIN HOBBY KONTAKT MIT REIZENDEN ODER
GIFTIGEN STOFFEN?**

- Ja
- Nein

HATTEN SIE JE BESCHWERDEN IM ZUSAMMENHANG MIT ...

- Modeschmuck
- Impfungen
- Bienenstich
- Wespenstich
- Sonstigem:
- Nahrungsmitteln: welchen:
- Arzneimittel: welche:

RAUCHEN SIE ODER LEBEN SIE IN EINEM RAUCHERHAUSHALT?

- Nein, ich rauche nicht
- ja, ich rauche maximal Zigaretten pro Tag
- ja, ich lebe in einem Raucherhaushalt

MIT WELCHEN HAUSTIEREN HABEN SIE KONTAKT?

.....

WELCHE BESCHWERDEN HABEN SIE BEI TIERKONTAKT?

- Keine
-

HABEN SIE PFLANZEN IN DER WOHNUNG?

- Ja
- Nein
- Ficus Benjamini

**HABEN SIE SCHIMMELBEFALL IN
IHRER WOHNUNG?**

- Ja
- Nein

