

**Diese Zielanamnese ist Bestandteil
des Allergieexpertensystems ALEX**

für: _____
(Nachname, Vorname Geburtsdatum)

Familiäre Anamnese

Gibt es Hinweise auf Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten in der Familie?

- nein
 ja oder nicht bekannt

Leidet eines Ihrer Familienmitglieder an einer der folgenden Beschwerden?

- nein
 nicht bekannt
 Atemwegsbeschwerden
 Hautbeschwerden
 Unverträglichkeiten auf bestimmte Nahrungsmittel

Hat ein Familienmitglied häufig oder regelmäßig Schnupfen, Husten, Bronchialbeschwerden oder Asthma bzw. Atemnot?

- nein, trifft nicht zu
 Heuschnupfen
 Husten
 Bronchialbeschwerden
 Asthma oder Atemnot
 Atemnot nach Bienen- oder Wespenstich
 nicht bekannt

Hat eine Person in der Familie eine Neurodermitis, ein atopisches Ekzem oder Kontaktekzeme (z.B. bei Modeschmuck oder Brillenfassungen)?

- Neurodermitis
 atopisches Ekzem
 Kontaktekzeme
 nein
 nicht bekannt

Gibt es in der Familie Raucher?

- nein
 ja: _____ Zigaretten pro Tag

Eigenanamnese

Welche Beschwerden haben Sie und wie stark sind diese?

	keine	mittel	schwer
<input type="checkbox"/> Augenrötung, -reizung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schnupfensymptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atemnot, Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reizhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nesselsucht / Quaddelsucht der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Müdigkeit, Konzentrationsstörung, Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aufstoßen und Blähbauch, Durchfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Beschwerden:			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Medikamente gegen die Beschwerden genommen?

- nein
- vereinzelt nach Bedarf
- 2-3mal pro Woche
- täglich

Seit welchem Jahr haben Sie diese Beschwerden?

seit: _____

Waren Sie wegen dieser Beschwerden früher bereits in Behandlung?

- nein
- ja

<p>Wurde früher bereits ein Allergietest gemacht?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> nein<input type="checkbox"/> ja <p>In welchem Jahr wurde der Allergietest gemacht?</p> <p>im Jahr: _____</p> <p>Hat es Komplikationen im Rahmen der Behandlung gegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> nein<input type="checkbox"/> ja und zwar: <p>_____</p>
--

Besteht eine behinderte Nasenatmung?

- nein
- ja, mit Schnupfen
- ja, mit wässrigem Ausfluss
- ja, mit Schnupfen und wässrigem Ausfluss

Hatten Sie als Kind eines der folgenden Beschwerdebilder?

- Milchschorf oder Beugenekezeme (Neurodermitis atopica)
- häufigen und immer wiederkehrenden Schnupfen (mit laufender oder verstopfter Nase)
- häufig Atemwegsinfekte
- nein – nicht bekannt

Sind Sie wiederholt mit Antibiotika behandelt worden?

- nein
- ja
- nicht bekannt

In welchen Monaten treten die Beschwerden auf?

- Beschwerden sind andauernd seit: _____
- in den Monaten von _____ bis _____
- über das Jahr verteilt mit Schwerpunkt in den Monaten von _____ bis _____

Zu welcher Tageszeit treten die Beschwerden auf?

- morgens
- mittags
- abends
- nachts
- über den ganzen Tag ungefähr gleich

Gehen Sie einem Beruf nach und wenn ja – welche Tätigkeit üben Sie aus?

- nein, nicht berufstätig
- ja, berufstätig oder ehrenamtlich tätig im Bereich:
 - Bäckerei
 - Gärtnerei
 - Bauwirtschaft
 - Kunststoffverarbeitung
 - Büro
 - Lederverarbeitung
 - Chemische Industrie
 - Malerei und Lackiererei
 - Druckindustrie
 - Medizin
 - Elektroindustrie
 - Metallverarbeitung
 - Fotoverarbeitung
 - Textilindustrie
 - Frisörwesen
 - Zoologische Betriebe

als: _____

Gibt es Hinweise auf Gesundheitsstörungen, die in Bezug zu ihrer beruflichen Tätigkeit auftreten?

- nein
- Atemnot oder Husten
- Hautausschläge
- tränende oder juckende Augen
- Brennen und Kitzeln in Nase und Rachen, Niesreiz und laufende Nase
- andere Beschwerden

Welche Stoffe – mit denen Sie beruflich zu tun haben – halten Sie für gefährlich bzw. für mögliche Auslöser der Beschwerden?

- nicht bekannt
- Kontakt mit: _____

Was machen Sie in Ihrer Freizeit besonders gern? Haben Sie irgendwelche Hobbys?

- nein, keine Hobbys
- ausgeübte Freizeitbeschäftigung / Hobby: _____

Gibt es Hinweise auf Gesundheitsstörungen, die in Bezug zu Ihrer Freizeitbeschäftigung auftreten?

- nein, nicht bekannt
- Atemnot oder Husten
- Hautausschläge
- tränende oder juckende Augen
- Brennen und Kitzeln in Nase und Rachen
- Niesreiz und laufende Nase
- andere Beschwerden: _____

Haben Sie ein Haustier oder kommen Sie mit Tieren in Kontakt bzw. hatten Sie in der Vergangenheit Beschwerden bei Kontakt mit Haustieren?

- keine Haustiere und keine weiteren Tierkontakte
- Katze
- Hund
- Pferd
- weitere Tierkontakte: _____

Reagieren Sie extrem auf Bienen- oder Wespenstiche?

- nein, normale Reaktion wurde beobachtet
- ja, starke Reaktion wurde beobachtet oder nicht bekannt

Wie genau war Ihre Reaktion auf den Stich?

- ist nicht genau in Erinnerung
- Hautrötung, Quaddel (Schwellung, Beule)
- Benommenheit
- Atemnot
- Kollaps
- Notfallbehandlung war erforderlich
- keine der aufgeführten Reaktionen

Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht (Völlegefühl, Blähungen, Durchfall, Übelkeit, Hautreaktion/-jucken)?

- bisher alle Lebensmittel vertragen, nicht genau bekannt
- folgende Nahrungsmittel:
 - Schalentiere
 - Meeresfrüchte
 - (See-)Fisch
 - bestimmte Obstsorten
 - bestimmte Gemüsesorten
 - bestimmte Gewürze
 - Nüsse
 - Hühnerei
 - Kuhmilch
 - Soja
 - Bier / Wein oder industriell hergestellte Obstsäfte
 - Sonstige: _____

Welche Obstsorten vertragen Sie nicht?

- Steinobst (Pflaume, Pfirsich, Kirsche, Aprikose)
- Kernobst (Äpfel, Birne)
- Erdbeere
- Banane
- Kiwi
- Sonstige: _____

Welche Gemüsesorten vertragen Sie nicht?

- Erbsen
- Gurken
- rohe Karotten
- rohe Kartoffeln
- Sellerie
- rohe Tomaten
- Zwiebeln
- Sonstige: _____

Welche Gewürze vertragen Sie nicht??

- Anis
- Curry
- Dill
- Koriander
- Kümmel
- Paprika
- Pfeffer
- Sellerie
- Sonstige: _____

Haben Sie ein Medikament eingenommen oder angewendet, bevor die Beschwerden aufgetreten sind?

- nein, sicher nicht
- ja, es wurden folgende Medikamente eingenommen: _____

Haben Sie beobachtet, dass Sie Hautkontakt mit Gummi (z.B. Handschuhe) nicht vertragen und schlafen Sie auf einer Latex-Matratze?

- nein – beides trifft nicht zu
- nicht bekannt
- ja – Hautkontakt mit Gummi wird nicht vertragen
- ja – Latexmatratze wird benutzt

Gibt es zurückliegende Feuchteschäden in Ihrer Wohnung?

- nicht bekannt
- nein – sicher nicht
- ja – es gibt oder gab Feuchteschäden

Gibt es in der Wohnung Stellen mit Stockflecken an den Wänden?

- nicht bekannt
- nein – sicher nicht
- ja – ist bekannt

Haben Sie häufig beim Staubwischen oder Staubsaugen einen Niesreiz?

- nicht bekannt
- nein – sicher nicht
- ja – ist bekannt

Gehen Sie in der Regel abends gesund ins Bett und wachen morgens mit Beschwerden (Augenbrennen, Schnupfensymptomen) auf?

- nicht bekannt
- nein – sicher nicht
- ja – ist bekannt