

# Allergie Abklärung



**Alter:**     (Der Test ist für Kinder ab 12 Jahre geeignet)

**Geschlecht:**  weiblich  männlich

**1. Leidet bereits ein/e Verwandte/r an einer Allergie?**

ja  nein

**2. Welche Beschwerden haben Sie bisher bei sich beobachtet?**

- Niesattacken/Niesreiz, juckende Nase
- Fliessschnupfen mit gelblichen Sekret
- Fliessschnupfen mit wässrigem Sekret
- Gestörtes Geruchsempfinden
- Atemprobleme im Freien
- Tränende und/oder brennende, entzündete Augen
- Verstopfte Nase, verstopfte Nasennebenhöhlen und/oder geschwollene Nasenschleimhaut
- Juckreiz im Ohrinnern, in der Nase, im Rachen, Mund oder Augen
- Kribbeln, Jucken oder Schwellungsgefühl an den Lippen, Zunge, Gaumen oder Rachen
- Kopfschmerzen
- Druck in Kiefer und Stirnhöhle
- Müdigkeit und/oder Konzentrationsstörung
- Lichtempfindlichkeit
- Allgemeines Krankheitsgefühl, Fieber, Muskel- und Gliederschmerzen

**3. Wann sind die Beschwerden/Symptome bei Ihnen das erste Mal aufgetreten? (Monat/Jahr)**

---

---

**4. Was könnten mögliche Ursachen für diese Beschwerden sein?**

- Pollen  Tiere (Katze/Hund)  Lebensmittel
- Hausstaubmilbe  Schimmelpilze
- Andere:

---

**5. Haben Sie Ihre Beschwerden von einem Arzt abklären lassen?**

ja  nein

Wenn ja, bei welchem Arzt:  Hausarzt  Spezialist (z.B. Allergologe)

**6. Wenn Sie beim Arzt waren, hat er/sie bei Ihnen eine Allergie festgestellt?**

ja  nein

Wenn ja, welche:

---

**7. Nehmen Sie Medikamente gegen Ihre Symptome oder sind Sie in Therapie?**

ja  nein

Wenn ja, welche:

---