

Dr. med. Markus Frantz

Geheimrat-Irl-Str. 3, 85435 Erding

Patient/ Geb.Datum:

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (bitte ankreuzen)

Beschwerden	keine	gering	mäßig	schwer
Verstopfte Nase				
Nasenlaufen				
Schleimfluss in den Nasenrachen				
Niesreiz (Niesanfalle)				
Juckreiz in der Nase				
Rötung, Juckreiz der Augen				
Augentränen				
Schleim im Rachen oder Kehlkopf				
Husten, Reizhusten				
Asthma, Atemnot, schweres Atmen				
Juckreiz Lippen, Rachen, Ohren				
Hautausschlag, Neurodermitis				

Seit wie vielen Jahren bestehen die Symptome? _____ Jahre

Zu welcher Tageszeit haben Sie Beschwerden? nachts tagsüber

In welchen Monaten treten Ihre Beschwerden auf? Bei Vorliegen des Symptoms füllen Sie bitte jeden Monat entsprechend der folgenden Beschwerde-Skala aus:

0=keine, 1=schwache, 2=mäßige, 3=starke Symptome.

Augen: Jan __ Feb __ März __ Apr __ Mai __ Juni __ Juli __ Aug __ Sept __ Okt __ Nov __ Dez __

Nase: Jan __ Feb __ März __ Apr __ Mai __ Juni __ Juli __ Aug __ Sept __ Okt __ Nov __ Dez __

Asthma: Jan __ Feb __ März __ Apr __ Mai __ Juni __ Juli __ Aug __ Sept __ Okt __ Nov __ Dez __

Wie häufig haben Sie Beschwerden?

an weniger als 4 Tagen/Woche an mehr als 4 Tagen/Woche

an weniger als 4 Wochen/Jahr an mehr als 4 Wochen/Jahr

Haben Sie an bestimmten Orten Beschwerden? Oder ist es an bestimmten Orten besser?

Dr. med. Markus Frantz

Geheimrat-Intl-Str. 3, 85435 Erding

Unverträglichkeit von Aspirin: Nein Ja

Unverträglichkeit von Medikamenten: Nein Ja (falls ja, welche?)

Unverträglichkeit von Lebensmitteln: Nein Ja (falls ja, welche?)

Welche Beschwerden sind bei diesen Unverträglichkeiten aufgetreten?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind Sie an der Nase bzw. den Nasennebenhöhlen operiert worden? Nein Ja (falls ja, wann und welche OP?)

Wurde früher bereits ein Allergietest durchgeführt? Nein Ja (Zeitpunkt) _____

Welche Allergien wurden bereits festgestellt?

Wurde Ihre Allergie bereits mit folgenden Mitteln behandelt?

Nasenspray: Nein Ja welches: _____

Antihistaminika (antiallergische Tabletten): Nein Ja welche: _____

Hyposensibilisierung („Allergieimpfung“, -spritze): Nein Ja wogegen: _____
Zeitraum: _____

Haben sich Ihre Beschwerden durch diese Behandlung gebessert? Nein Ja

Frühere Beschwerden:

Waren in Ihrer Kindheit bereits folgende Erkrankungen bekannt?

Allergien: Nein Ja
Asthma: Nein Ja
Hauterkrankungen: Nein Ja (z.B. Neurodermitis)

Haben Blutsverwandte (Eltern, Geschwister, Großeltern) von Ihnen eine der folgenden Beschwerden?

Allergien: Nein Ja (Wer, welche?) _____

Asthma: Nein Ja (Wer?) _____

Hauterkrankungen: Nein Ja (z.B. Neurodermitis, wer?) _____

Informationen zu Ihrer Wohnsituation:

Haustiere: Nein Ja Welche? (z.B. Hund, Katze): _____

Teppichboden: Nein Ja Zimmer (z.B. Schlafzimmer): _____

Kübelpflanzen: Nein Ja Zimmer (z.B. Wohnzimmer): _____

Feuchte Stellen: Nein Ja Zimmer (z.B. Badezimmer): _____