

Wer füllt den Fragebogen aus?

<input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Sonst
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Welche Beschwerden haben Sie?

<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Nasenlaufen	<input type="checkbox"/> Augenjucken
---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Wann traten Sie erstmals auf?

<input type="checkbox"/> Als Kind	<input type="checkbox"/> Vor Jahren	<input type="checkbox"/> Vor Monaten	<input type="checkbox"/> Seit ca.14 Tagen	<input type="checkbox"/> Seit Tagen
-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---	-------------------------------------

Hauptbeschwerden

<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input checked="" type="checkbox"/> Augenjucken	<input type="checkbox"/> Nasenlaufen	<input type="checkbox"/> Sonstiges
---------------------------------	----------------------------------	---	--------------------------------------	------------------------------------

Beruf

<input type="checkbox"/> Aktueller Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Früherer Arbeitsplatz
<input type="checkbox"/> Hobby	<input type="checkbox"/> Besondere Belastungen

Kommen in Ihrer Familie Allergien vor?

<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter
<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Kinder

In welcher Jahreszeit treten die Beschwerden auf?

<input type="checkbox"/> ganzjährig	<input type="checkbox"/> Winter
<input type="checkbox"/> Frühjahr	<input type="checkbox"/> Sommer
Welcher Monat? <input type="checkbox"/> Jan <input type="checkbox"/> Feb <input type="checkbox"/> Mär <input type="checkbox"/> Apr <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Jun <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Aug <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Okt <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Dez	

Wann treten die Beschwerden auf?

<input type="checkbox"/> Nachts	<input type="checkbox"/> zuhause	<input type="checkbox"/> Tagsüber
<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> In der Arbeit	<input type="checkbox"/> Tag und Nacht
<input type="checkbox"/> Nach dem Essen	<input type="checkbox"/> Bei Aufregung	<input type="checkbox"/> Bei Anstrengung

Haben Sie bekannte Allergien?

<input type="checkbox"/> Antibiotika	<input type="checkbox"/> Aspirin, Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Tiere	<input type="checkbox"/> Wespe
<input type="checkbox"/> Gräserpollen	<input type="checkbox"/> Baumpollen	<input type="checkbox"/> Hausstaubmilben	<input type="checkbox"/> Biene
<input type="checkbox"/> Schimmelpilze	<input type="checkbox"/> Kontaktallergien	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> andere

Tierkontakt

<input type="checkbox"/> Katze	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Papagei, Wellensittich
<input type="checkbox"/> Pferd	<input type="checkbox"/> Vögel	<input type="checkbox"/> Meerschweinchen
<input type="checkbox"/> Hamster	<input type="checkbox"/> Hasen	<input type="checkbox"/> weitere

Bisherige Diagnostik/Behandlung

<input type="checkbox"/> Allergietest	<input type="checkbox"/> Wann?	<input type="checkbox"/> Hposensibilisierung
<input type="checkbox"/> Blutuntersuchung (Rast)	<input type="checkbox"/> Milbensanierung (cover)	<input type="checkbox"/> subcutan <input type="checkbox"/> sublingual

Sonstiges

<input type="checkbox"/> Rauchen	<input type="checkbox"/> Offener Kamin	<input type="checkbox"/> Medikamente gegen Allergien
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Gasherd	<input type="checkbox"/> Asthmaspray
<input type="checkbox"/> Feuchte Wohnung	<input type="checkbox"/> Seidenbettzeug	<input type="checkbox"/> Nasenspray