

Name:
Vorname:

Datum:

Sind bei Ihnen bereits Allergien bekannt? Ja Nein

wenn ja – folgende:

Medikamente (Penicillin etc) : _____

Kontakallergene (Nickel etc) : _____

Pollen u.ä.: _____

Wurde bei Ihnen bereits ein Allergietest durchgeführt?

Nein

Pricktest - wenn ja wann:

Blutentnahme bzgl. Allergie - wenn ja wann:

Nehmen Sie antiallergische Medikamente? Nein

Ja, folgende:

Welche Beschwerden bestehen zur Zeit:

Naselaufen / Niesreiz Behinderte Nasenatmung

Juckreiz Hautprobleme

Husten Luftnot

In welchen Monaten haben Sie die meisten Beschwerden:

ganzjährig gleich

Frühjahr

Sommer

Winter