



Selbstauskunft Allergie und Heuschnupfen

Name, Vorname				Geburtsdatum	
		<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers	
Straße und Hausnummer			Postleitzahl und Ort		

Behandelt wegen	
-----------------	--

1. Welche allergieauslösenden Ursachen sind bekannt ?	<input type="checkbox"/> Hausstaub <input type="checkbox"/> Tierhaare <input type="checkbox"/> Fruktose <input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, und zwar _____ <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar _____	<input type="checkbox"/> Insektenstiche / - gifte <input type="checkbox"/> Schimmelpilzsporen <input type="checkbox"/> Pollen von Gräsern, Bäumen, Getreide <input type="checkbox"/> Medikamente, Farbstoffe, Kosmetika, Chemikalien, Metalle
2. Welche Beschwerden treten auf ?	<input type="checkbox"/> Schwellungen <input type="checkbox"/> Hautausschläge <input type="checkbox"/> Niesanfälle, Augentränen <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar _____	<input type="checkbox"/> Schockzustand <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Erbrechen, Durchfall, Bauchkrämpfe <input type="checkbox"/> Hautjucken <input type="checkbox"/> Augen- und Rachenjucken
3. Besteht/Bestand eine asthmatische Beteiligung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
4. Seit wann besteht die Allergie?		
5. Ist die Allergie jahreszeitenabhängig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und sie tritt über folgenden Zeitraum auf: _____	
6. Wurde ein Allergiepass ausgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Kopie ist beigefügt	
7. Welche Therapie wurde bisher durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Medikamente/Sprays, und zwar _____ <input type="checkbox"/> Hyposensibilisierung <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> Stationäre Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar _____	<input type="checkbox"/> Spritzen <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Bestrahlung
8. Wann fand die letzte Untersuchung statt?		
9. Besteht aktuell:		
a) Behandlungsfreiheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	
b) Beschwerdefreiheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	
10. Sind weitere Untersuchungen oder Behandlungen angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar _____	<input type="checkbox"/> Allergietest <input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____ <input type="checkbox"/> Hyposensibilisierung
10. Wie ist Ihre aktuelle Sehstärke ?	links _____	rechts _____ Dioptrien
14. Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern wurden Sie behandelt ? (Bitte Namen und Anschrift angeben)		

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)