

Fragebogen – Heuschnupfen & Desensibilisierung

Persönliche Angaben

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Telefon / E-Mail: _____

1. Hauptsymptome

Welche Symptome haben Sie? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|--|--|
| ☐ Häufiges Niesen | ☐ Geschwollene Augenlider |
| ☐ Laufende Nase | ☐ Husten |
| ☐ Verstopfte Nase | ☐ Kratzen im Hals |
| ☐ Juckende Nase | ☐ Kurzatmigkeit |
| ☐ Juckende Augen | ☐ Pfeifende Atmung |
| ☐ Gerötete Augen | ☐ Müdigkeit / Erschöpfung |
| ☐ Tränende Augen | ☐ Sonstiges: _____ |

Was sind Ihre Hauptsymptome?

Was ist am Schlimmsten?

2. Zeitpunkt & Auftreten der Beschwerden

Wann treten die Symptome auf?

- ☐ Bestimmte Jahreszeiten
- ☐ Ganzjährig
- ☐ Vor allem draußen
- ☐ Stärker morgens
- ☐ Stärker abends
- ☐ Sonstiges: _____

In welchen Monaten sind / waren die Beschwerden am Stärksten?

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Januar | ☐ August |
| ☐ Februar | ☐ September |
| ☐ März | ☐ Oktober |
| ☐ April | ☐ November |
| ☐ Mai | ☐ Dezember |
| ☐ Juni | |
| ☐ Juli | |
-

3. Bekannte Allergene (Pollen & weitere Auslöser)

- | | |
|--|---|
| ☐ Ambrosia (<i>Ambrosia artemisiifolia</i>) | ☐ Hundehaare |
| ☐ Buche (<i>Fagus sylvatica</i>) | ☐ Katzenhaare |
| ☐ Birke (<i>Betula pendula</i>) | ☐ Meerschweinchenhaare |
| ☐ Beifuß (<i>Artemisia vulgaris</i>) | ☐ Knäuelgras (<i>Dactylis glomerata</i>) |
| ☐ Brennessel (<i>Urtica dioica</i>) | ☐ Linde (<i>Tilia cordata</i>) |
| ☐ Eiche (<i>Quercus</i>) | ☐ Platane (<i>Platanus</i>) |
| ☐ Erle (<i>Alnus glutinosa</i>) | ☐ Roggen (<i>Secale cereale</i>) |
| ☐ Esche (<i>Fraxinus excelsior</i>) | ☐ Weidelgras (<i>Lolium perenne</i>) |
| ☐ Gräserpollen | ☐ Spitzwegerich (<i>Plantago lanceolata</i>) |
| ☐ Hasel (<i>Corylus avellana</i>) | ☐ Wiesenrispengras (<i>Poa pratensis</i>) |
| ☐ Hausstaubmilben | ☐ Sonstige Allergene: _____ |
| ☐ Holunder, schwarz (<i>Sambucus nigra</i>) | |
-

4. Bisherige Behandlung

Haben Sie bereits Medikamente gegen Heuschnupfen eingenommen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie bereits eine Desensibilisierung begonnen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann? _____

Besteht Asthma?

☐ Ja ☐ Nein

Weitere relevante Erkrankungen:

Unterschrift Patient/in: _____

Datum: _____