



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geboren am:
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einsender	Auftrag / DFÜ-Nr.	Patientendaten <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Rechnungsempfänger <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Patient
Arzt-Unterschrift	Material Entnahme-Datum: Uhrzeit: Telefon: Fax:	

Anforderung Immuno Solid-phase Allergen Chip (ISAC)[®]

Klinische und weitere Angaben:

Hinweis: Ohne klinische Angaben und Angaben über Ergebnisse früherer Allergietests ist eine detaillierte Beurteilung nicht möglich.

Bitte beachten Sie auch den **umseitigen Patientenfragebogen!**

Wurden bereits früher Allergietests durchgeführt?

Hauttest

Bluttest

Ergebnisse: (bitte angeben oder Kopien beifügen)

Welche Behandlung wird derzeit durchgeführt?

Feld für Auftragsnummer Labor

Hiermit bestätige ich die Übernahme der Kosten gemäß

IGel: 262,30 €

Privat: 301,65 € (GOÄ: 1,15; 5x A3894)

Datum: _____ Unterschrift Patientin / Patient

Stand: 2015-01-01

Allergie - Fragebogen für Patienten

Bitte lesen Sie diesen Fragebogen durch und beantworten Sie die Fragen durch Ankreuzen.
Bei Aufzählungen unterstreichen oder umkreisen Sie bitte zusätzlich das Zutreffende.

Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen?

- Nesselsucht, Quaddeln und Rötungen der Haut, Juckreiz der Lippen, der Augen, im Rachen etc. ja nein
Schwellungen der Augenlider, Augenpartie, im Mundbereich, der Gelenke ja nein
Häufiger Husten, Reizhusten, Bronchitis, spastische Bronchitis ja nein
Pfeifen und Röcheln in den Bronchien, Atembeklemmung, Atemnot, Asthma ja nein
Häufiger Schnupfen, verstopfte Nase, Heuschnupfen, Niesanfälle, Augentränen, Lichtscheu ja nein
Häufige Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall ja nein

Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf?

- morgens abends nachts beim Einschlafen ja nein

Sind die Beschwerden in bestimmten Monaten am schlimmsten?

- Januar Februar März April Mai Juni ja nein
 Juli August September Oktober November Dezember
 zu Beginn der Heizperiode

Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?

- Haus, Küche, Kinderzimmer, Keller, Dachboden, Scheune, Stall, Garten, Feld, Wiese, Wald ja nein
andere

Treten die Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten auf?

- körperliche Belastung, Laufen, Rasenmähen, Staubwischen, Bettenmachen, Teppichsaugen ja nein
bestimmte Hobbies
andere

Rauchen Sie oder wird in der Familie geraucht?

- ja nein

Bestehen regelmäßige Tierkontakte?

- Treten bei oder nach diesen Kontakten deutliche Beschwerden auf? ja nein
Tierkontakte: in der Wohnung, im Haus, bei Freunden, bei Verwandten ja nein
Tiere: Hund, Katze, Pferd, Rind, Huhn, Taube, Kaninchen, Goldhamster, Meerschweinchen,
Wellensittich, Kanarienvogel
andere

Sind schon Unverträglichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel beobachtet worden?

- Nüsse, Nuss Speisen, Eier, Milch, Fisch, Früchte ja nein
andere

Wurden Hautreaktionen beim Tragen bestimmter Kleidungsstücken beobachtet?

- Wolle Pelz ja nein

Das Bett (Kopfkissen, Bettdecke) ist aus:

- Federn Wolle Wildseide
Die Matratze / Unterlage ist aus:
 Kapok Rosshaar Latex

Gibt es bei Blutsverwandten die bisher beschriebenen Auffälligkeiten / Beschwerden?

- Großeltern, Mutter, Vater, Geschwister, Tante, Onkel, Cousine, Cousin, Kinder
mütterlicherseits, väterlicherseits ja nein

Wo wohnen Sie / die Familie?

- In einem: Neubau Altbau
Das Haus ist: trocken feucht

Beobachten Sie im Haus Stockflecken / Schimmel?

- ja nein

Wenn ja, wo

- Es gibt: Klimaanlage Luftbefeuchter Wintergarten
 Aquarium Schwimmbad Zimmerspringbrunnen

Wohnen Sie in der Nähe bzw. Umgebung von Wiesen, Feldern oder Wald?

- ja nein

Wohnen Sie in der Nähe bzw. Umgebung von staub- und geruchsbelästigenden Einflüssen?

- ja nein