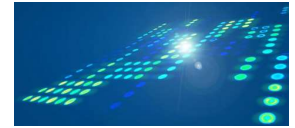


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geboren am:		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen

IGeL / Privat



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	Serum
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 GOÄ bzw. IGeL.

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

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. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schwellungen der Augenlider, Augenpartie, im Mundbereich, der Gelenke | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Häufiger Husten, Reizhusten, Bronchitis, spastische Bronchitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Pfeifen und Röcheln in den Bronchien, Atembeklemmung, Atemnot, Asthma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Häufiger Schnupfen, verstopfte Nase, Heuschnupfen, Niesanfälle, Augentränen, Lichtscheu | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Häufige Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf?

- | | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> abends | <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> beim Einschlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

Sind die Beschwerden in bestimmten Monaten am schlimmsten?

- | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Januar | <input type="checkbox"/> Februar | <input type="checkbox"/> März | <input type="checkbox"/> April | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Juni | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Juli | <input type="checkbox"/> August | <input type="checkbox"/> September | <input type="checkbox"/> Oktober | <input type="checkbox"/> November | <input type="checkbox"/> Dezember | | |
| <input type="checkbox"/> zu Beginn der Heizperiode | | | | | | | |

Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haus, Küche, Kinderzimmer, Keller, Dachboden, Scheune, Stall, Garten, Feld, Wiese, Wald | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| andere | | |

Treten die Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten auf?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| körperliche Belastung, Laufen, Rasenmähen, Staubwischen, Bettenmachen, Teppichsaugen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| bestimmte Hobbies | | |
| andere | | |

Rauchen Sie oder wird in der Familie geraucht?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Bestehen regelmäßige Tierkontakte?

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

Sind schon Unverträglichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel beobachtet worden?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Nüsse, Nusspeisen, Eier, Milch, Fisch, Früchte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| andere | | |

Wurden Hautreaktionen beim Tragen bestimmter Kleidungsstücken beobachtet?

- | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wolle | <input type="checkbox"/> Pelz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

Das Bett (Kopfkissen, Bettdecke) ist aus:

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Federn | <input type="checkbox"/> Wolle | <input type="checkbox"/> Wildseide | <input type="checkbox"/> |
| Die Matratze / Unterlage ist aus: | | | |
| <input type="checkbox"/> Kapok | <input type="checkbox"/> Rosshaar | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> |

Gibt es bei Blutsverwandten die bisher beschriebenen Auffälligkeiten / Beschwerden?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Großeltern, Mutter, Vater, Geschwister, Tante, Onkel, Cousine, Cousin, Kinder mütterlicherseits, väterlicherseits | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

Wo wohnen Sie / die Familie?

- | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|--|-------------------------------|
| In einem: | <input type="checkbox"/> Neubau | <input type="checkbox"/> Altbau | | | |
| Das Haus ist: | <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> feucht | | | |
| Beobachten Sie im Haus Stockflecken / Schimmel? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ja | | | | | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wo | | | | | |
| Es gibt: | <input type="checkbox"/> Klimaanlage | <input type="checkbox"/> Luftbefeuchter | <input type="checkbox"/> Wintergarten | | |
| | <input type="checkbox"/> Aquarium | <input type="checkbox"/> Schwimmbad | <input type="checkbox"/> Zimmerspringbrunnen | | |

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

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

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

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|