



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

<b>Einsender</b>	<b>Auftrag / DFÜ-Nr.</b>	<b>Patientendaten</b> [ ] männlich [ ] weiblich
		<b>Rechnungsempfänger</b> [ ] Einsender [ ] Patient
<b>Arzt-Unterschrift</b>	<b>Material</b>	<b>Serum</b>
	Entnahme-Datum	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Uhrzeit	_ _ _ _
	Telefon	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Fax	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

## Anforderung Immuno Solid-phase Allergen Chip (ISAC)<sup>®</sup>

### 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?

- ja  nein

### Treten bei oder nach diesen Kontakten deutliche Beschwerden auf?

- ja  nein

Tierkontakte: in der Wohnung, im Haus, bei Freunden, bei Verwandten

Tiere: Hund, Katze, Pferd, Rind, Huhn, Taube, Kaninchen, Goldhamster, Meerschweinchen,  
Wellensittich, Kanarienvogel

andere .....

## Sind schon Unverträglichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel beobachtet worden?

- ja  nein

Nüsse, Nusspeisen, Eier, Milch, Fisch, Früchte

andere .....

## Wurden Hautreaktionen beim Tragen bestimmter Kleidungsstücken beobachtet?

- ja  nein

Wolle  Pelz  .....

## 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?

- ja  nein

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

## 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