

Name:

Vorname:

Geb. Datum

PRAXIS LÜTZKENDORF

Insektengiftallergie Fragebogen

1. Schildern Sie bitte Einzelheiten der Stichergebnisse, die bei Ihnen zu allergischen Reaktionen geführt haben.

	1. Stich		2. Stich	
Datum des Stiches (Monat/Jahr)				
Stechendes Insekt				
- Biene	<input type="checkbox"/>	Sicher	<input type="checkbox"/>	Sicher
	<input type="checkbox"/>	Fraglich	<input type="checkbox"/>	Fraglich
- Wespe	<input type="checkbox"/>	Sicher	<input type="checkbox"/>	Sicher
	<input type="checkbox"/>	Fraglich	<input type="checkbox"/>	Fraglich
- Sonstige(s)	<input type="checkbox"/>	Sicher	<input type="checkbox"/>	Sicher
	<input type="checkbox"/>	Fraglich	<input type="checkbox"/>	Fraglich
- Unbekannt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ort des Stiches:				
	1. Stich		2. Stich	
- Gesicht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Kopfhaut	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Hals	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Mundschleimhaut/Zunge	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Körper	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Arme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Beine	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Sonstiges (Bitte nennen)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Blieb der Stachel in der Haut stecken?				
	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nein
	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	Weiß nicht
In welcher Umgebung wurden Sie gestochen?				
In der Nähe waren:	1. Stich		2. Stich	
- Abfall/Abfallkörbe	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Nahrungsmitteln, Getränke	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Blumen/Blüten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Bienenstock	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Wespennest	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Sonstiges (Bitte nennen)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Wie kam es zum Stich? (Umstände des Stichereignisses, z.B. beim Essen, Spazieren gehen, ...)				
	1. Stich		2. Stich	
	_____		_____	
Medikamentenanwendung vor dem Stich (auch Augentropfen berücksichtigen):				
	1. Stich		2. Stich	
- Nein, keine Medikamente	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Weiß nicht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Ja	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Name des Präparates (Bitte nennen):	_____		_____	
Örtliche Reaktion auf den Stich:				
	1. Stich		2. Stich	
- Nach wie vielen Minuten?				
- Größe der Schwellung				
- <10 cm im Durchmesser:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- >10 cm im Durchmesser:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Allgemeine Beschwerden nach dem Stich				
	1. Stich		2. Stich	
- Nach wie vielen Minuten/Stunden	_____		_____	
- Juckreiz am ganzen Körper	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Hitzegefühl	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Hautausschlag am ganzen Körper	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Gesichtsschwellung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

	1. Stich		2. Stich	
- Schnupfen, Naselaufen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Rötung der Augenbindehaut	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Kloß-/Engegefühl im Hals	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Hustenreiz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Atemnot	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Druck auf der Brust	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Übelkeit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Erbrechen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Harndrang/-abgang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Stuhldrang/-abgang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Schwindel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Herzrasen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Schüttelfrost	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Todesangst	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Bewusstlosigkeit (Dauer in min.?)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
- Sonstiges	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____

2. Haben Sie Notfallmedikamente angewandt?

Nein	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ja	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Angewandte Medikamente (Bitte nennen):		_____	_____	

3. Erfolgte eine ärztliche Behandlung?

Nein	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ja, durch Hausarzt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ja, durch Notarzt	<input type="checkbox"/>			
Ja, durch Krankenhaus	<input type="checkbox"/>			
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>			
Welche Behandlung? (Bitte nennen)		_____		_____
Name und Anschrift des behandelnden Arztes oder der Klinik:		_____		_____

4. Sind Sie seit der letzten allergischen Reaktion nochmals von einer Biene oder Wespe gestochen worden?

<input type="checkbox"/>	Nein						
<input type="checkbox"/>	Ja, Datum: _____	<input type="checkbox"/>	Biene	<input type="checkbox"/>	Wespe	<input type="checkbox"/>	Weiße nicht
	Datum: _____	<input type="checkbox"/>	Biene	<input type="checkbox"/>	Wespe	<input type="checkbox"/>	Weiße nicht
	Datum: _____	<input type="checkbox"/>	Biene	<input type="checkbox"/>	Wespe	<input type="checkbox"/>	Weiße nicht

5. Beruf?

Welchen Beruf üben Sie aus?		_____
Seit wann üben Sie diesen aus?		_____

6. Sind Bienenstöcke/-stände in Ihrer Umgebung?

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Weiße nicht
--------------------------	------	--------------------------	----	--------------------------	-------------

7. Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Krankheiten?

- Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Weiße nicht
- Asthma	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Weiße nicht
- Neurodermitis (atopisches Ekzem)	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Weiße nicht
- Autoimmunerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Weiße nicht
- Schilddrüsenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Weiße nicht
- Tumore	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Weiße nicht
- Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Weiße nicht

8. Hyposensibilisierung bereits erfolgt?

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Weiße nicht
--------------------------	------	--------------------------	----	--------------------------	-------------

9. Liegt derzeit eine Schwangerschaft vor?

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Weiße nicht
--------------------------	------	--------------------------	----	--------------------------	-------------