

Datum

Allergieerhebungsbogen

Name und Geburtsdatum

Adresse

Telefon und/oder Email

Krankenkasse

Krankenkassennummer

Versichertennummer

überweisender Arzt

Vorstellungsanlass

Symptome (Auge tränt, juckt, gerötet/Nase Fliessschnupfen, verstopft/Lunge Husten trocken oder produktiv, Pseudokrupp, Luftnot, Pfeifen, Rasseln/Ohr Erguss; Entzündung/ Haut Nesselsucht, Juckreiz, Rötung, offene Stellen, Trockenheit):

welche:

Auslöser erkennbar (Pollen, Nahrungsmittel, nachts Bettmaterial, Tierkontakte, Sport, Kälte, Infekte...)

seit wann Beschwerden:

welche Tageszeit:

welche Jahreszeit:

gibt es beschwerdefreie Intervalle und wenn, wie lange:

Vorbefunde (Röntgenthorax, Allergietest, Schweißtest,...)

Ernährung(initial Muttermilch oder Flaschennahrung, Unverträglichkeiten oder mit Vollkost)

Umgebung

Haustiere/Tierkontakte:

Nikotin:

feuchte Wohnung

eigenes Schlafzimmer und Bett , Bodenbelag, Bettmaterial Federn oder synthetisch, Encasing:

Vorgeschichte

Schwangerschaft Geburt am Termin, normaler Weg oder Sectio, Neugeborenenperiode, Entwicklung, Impfungen

bisherige Erkrankungen:

Neurodermitis:
Allergische Rhinokonjunktivitis:
Nahrungsmittelallergien:
Pseudokrupp:
Mittelohrentzündung:

bisherige Therapien:

Inhalation:

welche Form:

welche Medikamente:

Kuren/Asthmaschulungen:

Operationen/stationär:

Sport:

gut belastbar:

Familienanamnese (Mutter , Vater, Geschwister)

Kinderarztpraxis Leniger
Bahnhofstr. 28A
Bissendorf
05402/6917979

Liebe Eltern, Liebe Patienten,
bitte bringen Sie zum Termin Überweisung, Impfausweis, gelbes Heft und ggf. Vorbefunde mit!
Immer wieder nehmen Patienten Ihre Termine aus unterschiedlichsten Gründen nicht wahr und es kommt zu Ausfallzeiten im Praxisalltag, während andere Patienten noch lange auf einen gewünschten Facharzttermin warten müssen. Bitte sagen Sie Termine rechtzeitig (mind. 24 Std zuvor) ab, damit diese anderweitig vergeben werden können.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden bei Terminversäumnis ohne rechtzeitige Absage ein Ausfallhonorar in Höhe von **50 €** zu zahlen.

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

