

1. Arvelig allergi

Har Deres mor - far - søskende - eller børn en eller flere af nedenstående allergisygdomme:

Astma Høfeber/helårssnue Allergi Andet

2. Symptomer

Har De jævnligt symptomer fra **næse/øjne**?

Ja Nej

Hvis ja, hvornår begyndte de? _____

Hvor generet er De af hvert af disse symptomer?

	Ikke generet 0	Lidt generet 1	Noget generet 2	Meget generet 3
Næsekløe/nysen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tæt/tilstoppet næse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Løbende næse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øjenkløe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røde øjne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opsvulmede øjne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rindende øjne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Udløses ovenstående symptomer af:

Pollen hvilke: _____
 Pelsdyr hvilke: _____
 Husstøvmider
 Skimmelsvampe
 Kulde/støv/stærke dufte

Har De jævnligt symptomer fra **lungerne**?

Ja Nej

Hvis ja, hvornår begyndte de? _____

Hvor generet er De af hvert af disse symptomer?

	Ikke generet 0	Lidt generet 1	Noget generet 2	Meget generet 3
Åndenød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vågner ved åndenød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pibende vejrtrækning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Natlig hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opspyt/slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk anstrengelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Udløses ovenstående symptomer af:

Pollen hvilke: _____
 Pelsdyr hvilke: _____
 Husstøvmider
 Skimmelsvampe
 Kulde/støv/stærke dufte

Har De symptomer fra **huden**? F.eks. voldsom kløe/udslæt/eksem

Ja Nej

Hvis ja, hvornår begyndte de? _____

Hvor på kroppen? _____

Hvor mange dage om året? _____

Giver **fødevarer**, f.eks. frugter, grøntsager, nødder, mælk eller æg, symptomer i munden/svælget, hududslet eller diarré?

Ja Nej

Hvis ja, hvornår begyndte de? _____

Hvilke fødevarer giver Dem symptomer? _____

Hvor mange timer efter indtagelsen optræder symptomerne? _____

Overordnet vurdering af alle symptomernes sværhedsgrad (VAS):

Hvor generende er Deres allergisymptomer generelt?

(Sæt "x" på linien, 0: ikke generende, 10: værst tænkeligt generende):

0 _____ 10

Hvis der er forskel på Deres symptomer, hvornår er de da værst?

Morgen Aften Nat Inde Ude

Hjemme Arbejde: _____ Årstid: _____

Nævn 3 aktiviteter; De søger at undgå eller føler ubehag ved grundet

Deres allergisymptomer: (F.eks. gåture, cykling, dans, havearbejde, sport, leg med kæledyr o.s.v.)

1. Aktivitet: _____

2. Aktivitet: _____

3. Aktivitet: _____

Hvor nedsat føler De generelt, Deres livskvalitet er?

(Sæt "x" på linien, 0: ikke nedsat, 10: meget nedsat):

0 _____ 10

3. Miljø

Erhverv

Jeg arbejder med eller har arbejdet med: _____

Omgivelser

Er der eller har der været dyr i husstanden Ja Nej

Hvis ja, hvilke: _____ hvornår: _____

Er der muglugt/fugtskader i dine omgivelser? Ja Nej

Dannes der dug på indersiden af ruderne i Deres omgivelser? Ja Nej

Er der væg-til-væg tæppe i boligen? Ja Nej

Vasker De Deres dyne/rullemadras/pude? Ja Nej

Er Deres madras mere end 5 år gammel? Ja Nej

Tobak

Jeg har aldrig røget

Jeg begyndte at ryge, da jeg var (sæt ring om - gerne flere - hvis pause)

10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 år

Jeg ophørte med at ryge, da jeg var (sæt ring om - gerne flere)

10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 år

Røg/ryger Cigaretter Cigar Cerutter Pibe

Røg/ryger i gennemsnit pr. dag:

5 10 15 20 25 30 35 40 Angiv gram tobak: _____

Inhalerer De? Ja Nej

Ryges der i Deres omgivelser? Ja Nej

Medicinforbrug

Medicin for:	Præparat	Styrke	Daglig dosis	Behandlingsperiode
Øjne/næse				
Lunger				
Anden medicin				

Hvor stort føler De generelt, Deres medicinforbrug er?

(Sæt "x" på linien, 0: lille, 10: stort):

0 _____ 10