

EAA-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir vermuten bei Ihnen eine spezielle Form einer Allergie, die zur Vernarbung Ihrer Lunge geführt haben könnte. Um den Auslöser finden zu können, brauchen wir Ihre Mithilfe, indem Sie uns die folgenden Fragen beantworten.

1. Gibt es Tage, an denen Sie abends oder nachts an Luftnot mit grippeähnlichen Beschwerden (Kopfschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Fieber) leiden, was dann am nächsten Morgen wieder komplett abgeklungen ist? ja nein
2. Haben Sie offensichtlichen Schimmel in Ihren Wohnräumen (Schlafzimmer, Bad, Keller,...) oder haben Sie einen „moderigen“ Geruch in Ihrer Wohnung oder im Keller bemerkt? ja nein
3. Haben Sie Topfpflanzen in Ihren Wohnräumen? ja nein
4. Betreiben Sie einen Luftbefeuchter oder Zimmerspringbrunnen? ja nein
5. Arbeiten oder Leben Sie in Räumen mit einer Klimaanlage? ja nein
6. Verwenden Sie ein Dampfbügeleisen? ja nein
7. Züchten Sie selbst Speisepilze? ja nein
8. Wie verfahren Sie mit Kompost?
 - Sammeln in der Küche ja nein
 - Eigener Kompost in Garten ja nein
 - Grüne Tonne (wo steht die?) ja nein
9. Betreiben Sie oder die Nachbarn eine Landwirtschaft? ja nein
10. Haben Sie Pferde, Hühner oder andere Tiere, die Sie selbst mit Einstreu oder Silage versorgen? ja nein
11. Lagern Sie Stroh, Heu oder Getreide auf Ihrem Hof? ja nein
12. Haben Sie Kornkäfer bemerkt? ja nein
13. Halten oder hielten Sie Vögel im oder am Haus (z.B. Papagei, Wellensittich, Tauben, Hühner etc.) odern gibt es eine grosse Voliere oder einen Taubenschlag in unmittelbarer Nachbarschaft? ja nein
14. Schlafen Sie oder Ihr Partner/-in in Daunен-/Federbetten? ja nein

15. Was machen Sie von Beruf, womit beschäftigen Sie sich in Ihrer Freizeit?

Friseur	Gärtnerei
Musiker	Brauerei
Chemiearbeiter	Obsthandel
Umgang mit Kunststoffen, Kleber	Metallverarbeitung
Papierherstellung	Schreinerei
Pilzzucht	Leder- oder Tierfellverarbeitung
Waschmittelherstellung	Tierhandel/-haltung/Zoo/Tierheim
Zigarrenfabrikation	

Berkungen:

16. Spielen Sie ein Musikinstrument? Welches? ja nein

17. Saunieren Sie regelmäßig? Verbringen Sie viel Zeit im Schwimmbad oder Wirlpool?
Haben Sie an diesen Tagen Beschwerden wie sie unter 1. genannt sind? ja nein

18. Bearbeiten Sie exotische Hölzer? Welche? ja nein

19. Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein oder bekommen Sie gespritzt, die Sie uns noch nicht angegeben haben?

.....
.....
.....

20. Was haben Sie vor Beginn der Beschwerden eingenommen oder gespritzt bekommen?
Ist ein Medikamentenwechsel erfolgt? ja nein

.....
.....
.....