

Anamneseformulier hooikoorts

Naam: _____

Telefoon: _____

Geb.dat: _____

Datum: _____

Adres: _____

Naam arts: _____

1. Welke klachten heeft u?*

- Waterige loopneus
- Niezen (vooral heftig en in buien)
- Verstopte neus (het gevoel dat u niet door uw neus kunt ademen)
- Jeukende neus
- Tranende, rode, branderige, jeukende ogen

*1 of meer klachten aangekruist → ga door
Geen klachten, waarschijnlijk geen hooikoorts*

2. Wanneer ervaart u klachten?*

- jan feb mrt apr mei jun jul aug sept okt nov dec

*Ervaart u de meeste klachten
in de zomer (mei - sept)?
→ ga door naar vraag 3*

*Ervaart u de meeste klachten
in de overige maanden?
→ u heeft waarschijnlijk geen
hooikoorts. Mochten uw klach-
ten aanhouden, neemt u dan
contact met uw arts op.*

4. Welke gevolgen hebben de klachten voor u?*

Mijn klachten:

- verstoren mijn slaap
- beperken mij in mijn dagelijkse activiteiten (sport, vrije tijd, enz)
- belemmeren mijn functioneren op school of het werk
- zijn een last voor me

≥ 1: Matig/Ernstig volgens ARIA classificatie

3. Wanneer u deze klachten heeft, hoe lang houden deze dan aan?

Meer dan 4 dagen per week?

- ja nee

Meer dan 4 weken achtereen?

- ja nee

*Beide nee of 1x Ja: Intmitterend volgens ARIA classificatie
Beide Ja: Persisterend volgens ARIA classificatie*

5. Hoeveel last heeft u van uw allergieklachten tijdens de klachtenperiode?

0

10



* Meerdere antwoorden zijn mogelijk

Komt u thuis of in uw omgeving met dieren in aanraking?

Ja, welk dier: _____ Nee

Komt allergie voor in uw familie?

Ja, bij wie: _____ Nee

Heeft u astma?

Ja: _____ Nee

Indien ja: Hoe vaak in de afgelopen 4 weken heeft u uw

inhalator (pufjes) met snelwerkende medicatie gebruikt?

3x of meer per dag 1 of 2x per dag

2 of 3x per week Eenmaal per week of minder

helemaal niet

Welke allergiemedicatie gebruikt u?

Tabletten (antihistaminica)

Hoe vaak tijdens de klachtenperiode?

Aantal jaren gebruik: _____

Neusspray (corticosteroiden)

Hoe vaak tijdens de klachtenperiode?

Aantal jaren gebruik: _____

Anders: _____

Hoe vaak tijdens de klachtenperiode?

Aantal jaren gebruik: _____

Zijn uw allergieklachten voldoende onder controle en bent u tevreden over de allergiemedicatie? Ja Nee

Welke andere medicatie gebruikt u?: _____

Bent u zwanger? Ja Nee Nvt

In te vullen door arts

Uitslag allergietest: bloedtest/huidtest/niet van toepassing

Datum: _____ (Kan in het verleden liggen)

Diagnose: _____

Auto-immuunaandoening of overige relevante co-morbiditeiten? Ja Nee

Behandelstappen:

___ Allergenen vermijden

___ Opimalisatie van symptomatische medicatie (evaluatie na 3/4 weken)

___ Allergie Immunotherapie (bij falen/ontevredenheid symptomatische medicatie)

Datum volgende afspraak: _____

Reden: _____
