



## Laufzettel / Checkliste für den Arztbesuch

*Name:* \_\_\_\_\_

*Adresse:* \_\_\_\_\_

*geboren:* \_\_\_\_\_

*Telefonnummer* \_\_\_\_\_ *E-Mail:* \_\_\_\_\_

*Krankenkasse:* \_\_\_\_\_

*überweisender Arzt:* \_\_\_\_\_

*Hausarzt:* \_\_\_\_\_

**Urtikaria-Sprechstunden in Kliniken: Bitte Überweisung vom Facharzt mitbringen (kein Hausarzt)!**

### Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Name des Medikaments	Seit wann?	Einnahme (z.B. 1-0-1)		

Wenn vorhanden, bitte Medikamentenplan beifügen! - Weitere Medikamente können Sie im Bemerkungsfeld auf S. 3 eintragen.

### Welche Ärzte haben Sie schon aufgesucht zur Ursachenforschung der Urtikaria?

Fachbereich	Name des Arztes	Bericht vorhanden?	
		Ja	NEIN
Hausarzt			
Hautarzt			
Orthopäde			
Augenarzt			
Zahnarzt			
Urologe			
Frauenarzt			
HNO-Arzt			
Endokrinologe (Schilddrüse)			
Rheumatologe			
weitere			

Bitte vorhandene Berichte zur Untersuchung mitbringen!

**Weitere Unterlagen für den Arzt zur besseren Einschätzung Ihrer Urtikaria-Erkrankung:**

- Impfnachweis Covid-19
- Urtikaria-Kalender ausgefüllt
- Bilder/Fotos
- Blutuntersuchungen
- Allergietest vom \_\_\_\_\_
- Medikamentenplan
- weitere Unterlagen \_\_\_\_\_

**Welche Vorerkrankungen haben Sie?**

---

---

---

---

---

**Beschreiben Sie stichwortartig Ihre Beschwerden:**

---

---

---

---

---

**Wann trat die Urtikaria zum ersten Mal auf?**

---

---

---

---

**Wann treten die Beschwerden auf? (Tätigkeit, Nahrung, etc.)**

---

---

---

---

---

***Was halten Sie für die Ursache Ihrer Urtikaria-Erkrankung? (Kälte, Wärme, Druck auf die Haut,...)***

---

---

---

---

---

***Weitere Bemerkungen:***

---

---

---

---

---

***Welche Fragen haben Sie?***

---

---

---

---

---

---