

Vorname _____

Name _____

Arztbefund zu Allergien

Ausgewiesen durch:

Personalausweis-, Reisepass-, Führerschein-Nr. _____

Geburtsdatum _____

Schweregrad: (Zutreffendes bitte markieren!)

Wann treten die Beschwerden auf?

☐ saisonal

☐ ganzjährig

Welche Beschwerden finden sich?

☐ Augen

☐ Nase

☐ tiefere Atemwege

behandlungsbedürftig:

☐ immer

☐ gelegentlich

☐ selten

Welche Behandlung wird durchgeführt?

☐ lokal

☐ systemisch

Mit welchem Medikament:

(Bitte Angabe des Präparates.) _____

Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeführt? Wann?

☐ ja

von _____ bis _____

☐ nein

Wie hat sich die Allergie entwickelt?

☐ Besserung

☐ gleichbleibend

☐ Verschlechterung bzw. Verlagerung in eine and. Etage

Aktueller IgE-Wert _____

Prick-Test _____

Prognostische Einschätzung:

Ort, Datum _____

Arztstempel, Unterschrift _____

Kosten für anfallende Untersuchungen und Gutachten können vom Land Sachsen-Anhalt nicht übernommen werden.

In Ihrem Interesse!

Für eine schnelle Bearbeitung Ihrer Bewerbungsunterlagen benötigen wir im Falle einer bestehenden Allergie (Heuschnupfen, Asthma o. ä.) den ausgefüllten Allergiebogen von einem Allergologen (z. B. Hautarzt, HNO-Arzt oder Pulmologen).