

PATIENTENDATEN:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum:

Stempel des Arztes: _____ Datum: _____

Krankheitserscheinungen

saisonal von _____ bis _____ **ganzjährig** **ganzjährig mit saisonaler Verstärkung** von _____ bis _____

(berufliche o. häusliche Exposition etc.) _____ Sonstige Bemerkungen _____

Test Nr.	Allergen Nr.		Prick	Provo.
Kontrollen				
	901	Phys. Kochsalzlösung		
	902	Histamin		
Pollen				
Gräser / Getreide				
	006	Gräser		
	015	Gräser / Getreide		
	158	Roggen		
	173	Weizen		
Kräuter				
	106	Beifuß, gemeiner		
	169	Wegerich		
Bäume I (Frühblüher)				
	115	Erle		
	129	Hasel		
Bäume II (Mittelblüher)				
	108	Birke		
	110	Rotbuche		
	114	Eiche		
	153	Platane		
weitere Bäume / Sträucher / Kräuter				
	116	Esche		
	154	Ragweed, short		

Test Nr.	Allergen Nr.		Prick	Provo.
Tierhaare / Schuppen				
	304	Hamsterepithelien		
	306	Hundeepithelien		
	308	Kaninchenepithelien		
	309	Katzenepithelien		
	311	Meerschweinchenepithelien		
	314	Pferdeepithelien		
Pilze				
	400	Alternaria tenuis		
	401	Aspergillus fumigatus		
	405	Cladosporium herbarum		
	412	Penicillium notatum		
Milben				
	708	Dermatophagoides farinae		
	725	Dermatophagoides pteronyssinus		

Befundbericht _____

Hinweise: Für die Rezeptur von Therapielösungen bitte das gesonderte Bestellformular verwenden. Danke. Je Patient maximal 2 Rezepturen und je Rezeptur maximal 4 Allergene. Grundsätzlich werden ganzjährige (z. B. Milben) und saisonale (z. B. Birke) Allergene nicht gemischt, dabei ist auch die Therapieallergene Verordnung (TAV) zu berücksichtigen. Schimmelpilze und Tierepithelien nur als Einzelallergene therapieren.

333500856-14a-DE