

Skema for allergi og intolerance

Sæt kryds ud for de symptomer som du udviser fx.: Øjnene hæver mv.

(A) = Allergisymptomer - klassiske og sikre symptomer på allergi.

(I) = Intollerancesymptomer - kan optræde som allergireaktioner, men er ikke altid målbart.

Skemaet kan give en indikation om du har allergi eller intolerance. Såfremt du ønsker klarhed kan en priktest, blodprøve, biopsi eller en bio-resonanstest afgøre dine symptomer. Skema er udarbejdet fra allergi.dk

Generelle symptomer

Fødevare - Gluten - Birk - Græs - Bynke - Hustøv - Skimmelsvamp - Dyr - Lægemiddel - Kontakt

<input type="checkbox"/> Øjnene hæver (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Øjnene klør (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Øjnene bliver røde (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Øjnene løber i vand (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Næsen klør (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Næsen løber (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Næsen er stoppet (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Man nys (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kløe i mund og svælg (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Svie i munden (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Let hævelse på læber (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Let hævelse i mund og svælg (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Astmasymptomer med hoste (A),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Pibende og hvæsende åndedræt (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Trykken for brystet (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Åndenød (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ekstra følsomme luftveje (A) - IKKE allergi hvis symptomer kommer alene pga. irriteranter (røg, os, dufte oa.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mavekramper straks efter spisning (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Sure opstød straks efter spisning (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Generel forstoppelse (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Smerter i maven (A/I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Kvalme straks efter spisning (A/I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Opkastning (A/I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Antal symptomer _____

Allergitype _____

Generelle symptomer

Fødevarer - Gluten - Birk - Græs - Bynke - Hustøv - Skimmelsvamp - Dyr - Lægemiddel - Kontakt

<input type="checkbox"/> Generelt/kronisk diarré (A/I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Generel oppustethed i mave (A/I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Afføring lugter besk (A/I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Generel lind afføring (A/I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Generel ildelugtende afføring (A/I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Afføring lugter surt (A/I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Afføring lugter råddent (A/I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Kvalme: 2- 8 timer eft. spis. (I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Mavekramper: 2- 8 timer eft. spis. (I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Sure opstød: 2- 8 timer eft. spis. (I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Oppustethed: 2- 8 timer eft. spis. (I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Kronisk oppustet i maven (I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Kronisk forstoppelse (I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Kronisk diarre (I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> kløe på huden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kløende udslet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rødtligt udslet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Forværring af børneeksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Små blære på huden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Væskende sår og sprækker	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nældefeber eller forværring af samme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Pludselig utilpashed og svimmelhed,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Akut hjertebanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kvalme og sortnen for øjnene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sømmensnøring af luftveje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Akut besværet vejrtrækning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Nældefeber udbrud eller forværring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Blodtrykket kan falde/besvimmelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	

Antal symptomer _____

Allergitype _____

Generelle symptomer

Fødevarer - Gluten - Birk - Græs - Bynke - Hustøv - Skimmelsvamp - Dyr - Lægemiddel - Kontakt

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enorm træthed efter spisning (A) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dårlig trivsel og træthed (A/I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Børn vokser ikke, som de skal (A/I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Bliver generelt nem syg (A/I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tungthed i hovedet (A/I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Generel træthed og udmattethed (A/I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Indre uro straks efter spisning (A/I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Konstante humørsvingninger (I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Generel træthed efter spisning (I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Indre uro 2- 8 timer efter spisning. (I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kronisk blodsukkersvingninger (I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hormonforstyrrelser (I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PMS (I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Uregelmæssig menstruation (I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ømhed og stivhed i leddene (I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Depressive tendenser (I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Søvnproblemer (I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Eksem, psoriasis, svamp (I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Feberlignende symptomer | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mellemørebetændelse (A/I) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivitet (A/I) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Koncentrationsbesvær (A/I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kronisk træthedssyndrom (A/I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Depression (A/I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Irriteret tyktarm (A/I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ledbetændelse eller lignende (A/I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Migrænelignende hovedpiner (A/I) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Antal symptomer _____

Allergitype _____