

Allergiefragebogen

Liebe Eltern,

Bei allergischen Erkrankungen reagieren Patienten überempfindlich auf bestimmte Stoffe, die meist in der Umgebung zu finden sind. Um zu erkennen, ob eine Erkrankung allergisch bedingt ist und welche Stoffe dabei beteiligt sind, benötigt ihr Arzt möglichst genaue Angaben über die Umgebung, über den Krankheitsverlauf und die Beschwerden ihres Kindes.

Bitte lesen Sie den folgenden Fragebogen zuerst in Ruhe durch und füllen Sie ihn danach sorgfältig aus.

Name, Vorname des Patienten		Straße, Hausnummer	
Geburtsdatum	Telefonnr.	PLZ, Ort	

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt am _____ durch Mutter Vater Sonstige _____

Beruf des Vaters _____ Beruf der Mutter _____

A. Beschwerden:

1. Wegen welcher Beschwerden kommen Sie mit Ihrem Kind zum Arzt? _____

2. In welchem **Alter** sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? _____

3. Erinnern Sie sich in Zusammenhang mit dem erstmaligen Auftreten der Beschwerden an **besondere Ereignisse** (z.B. schwerer Infekt, Umzug, neue Möbel, Anschaffung eines Haustieres o. ä.) _____

4. **Wie oft** treten die Beschwerden auf? selten (1-4x pro Jahr) monatlich wöchentlich die Beschwerden sind dauernd vorhanden

5. Treten die Beschwerden in einer bestimmten **Jahreszeit** auf? **nein** **ja**, die Beschwerden treten **vorwiegend** / **ausschließlich** in den folgenden Monaten auf:

Januar Februar März April Mai Juni
 Juli August September Oktober November Dezember

6. Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten **Tageszeit** auf? **nein** **ja**, besonders starke Beschwerden treten zu folgenden Zeiten auf: morgens, nach dem Aufstehen am Vormittag abends
 nachts von _____ bis _____

7. Treten die Beschwerden vorwiegend an bestimmten **Orten** auf? **nein** **ja**, besonders starke Beschwerden treten auf: in der Wohnung (welcher Raum) _____ im Keller auf dem Dachboden
 in der Schule im Kindergarten auf Wiesen und Feldern im Wald in Tierställen, im Zoo, im Zirkus an anderen Orten (welche?) _____

8. Treten die Beschwerden auf nach **körperlicher Anstrengung**? **nein** **ja**, die Beschwerden treten **unter anderem** bei körperlicher Anstrengung auf, insbesondere bei _____ **ja**, die Beschwerden treten **ausschließlich** bei körperlicher Anstrengung auf, insbesondere bei _____

bei **Infekten der Atemwege?** **nein** **ja, unter anderem** **ja, ausschließlich**

bei **Kälte, Temperaturwechsel, Nebel, Feuchtigkeit?** **nein** **ja, unter anderem** **ja, ausschließlich**

9. Besteht zeitweise völlige **Beschwerdefreiheit**? nein ja, besonders gut geht es dem Kind bei folgenden Gelegenheiten:
 an der See im Hochgebirge im Hochsommer im Herbst/Winter
 an feuchten Sommertagen, bei Regen am Wochenende bei sonstigen Gelegenheiten_____

10. Welche der aufgeführten Beschwerden haben bei Ihrem Kind einmal bestanden?

● **an der Haut/ Schleimhaut**

- juckender Hautausschlag, z.B. an Kopfhaut, Wange, Ohren, Ellenbeugen, Kniekehlen Nesselfieber (Hautquaddeln)
 plötzliche Schwellungen im Gesicht (Lippen, Augen, Zunge)

● **an Augen und Nase**

- Augentränen, Augenjucken Rötung der Augenbindehäute Niesanfälle Fließschnupfen oder Heuschnupfen (im Frühjahr/Sommer) Stockschnupfen (ständig verstopfte Nase)

● **an den übrigen Atemwegen**

- gehäufte Bronchitis ohne Atemnot gehäufte Bronchitis mit Atemnot Neigung zu Atemnot, Atembeklemmung, Kurzatmigkeit oder Reizhusten ohne Erkältungszeichen Lungenentzündung Krupphusten

● **an den übrige Organe**

- wiederkehrende Durchfälle, Erbrechen oder Koliken nach Aufnahme folgender Nahrungsmittel: _____
 häufig Kopfschmerzen

11. Wurden bei Ihrem Kind

- Nasenpolypen operiert? Wann? _____ Wo? _____ Rachenmandeln entfernt? Wann? _____ Wo? _____

B. Familienvorgeschichte:

Welches Familienmitglied (Vater, Mutter ,Geschwister ,Oma ,Opa)leidet oder litt an einer der folgenden Erkrankungen?

- Asthma _____ Ekzem (Neurodermitis) _____ Heuschnupfen _____

C. Umgebung

1. Wo und wie **wohnt** das Kind? in der Stadt auf dem Land Altbau Neubau feuchtes Mauerwerk

2. Wird **in der Wohnung geraucht**? **nein**, alle Familienmitglieder sind Nichtraucher **ja**, folgende Personen rauchen:
_____ nur Besucher rauchen

3. Wie wird die Wohnung geheizt? Öl Gas Kohle. Holz

4. Gibt es in der Wohnung Zimmerpflanzen u. Blumen (welche?) _____
 Teppiche Pelze, Felle, Jagdtrophäen? _____ Schimmelflecken (welche Räume?) _____

5. **Bettdecke und Kopfkissen** des Kindes enthalten: Federn Wolle Kunstfasern
die **Matratze** besteht aus Schaumstoff beinhaltet Rosshaar
 es wird sog. Allergiker – Bettwäsche / milbenundurchlässige Spezialbettwäsche benutzt

6. Werden **empfindliche Reaktionen der Haut** beobachtet bei Tragen von Kleidungsstücken aus Wolle Pelz
 Baumwolle Kunstfaser Federn

7. Welcher **Bodenbelag** liegt in Ihrer Wohnung? _____

8. Halten Sie **Haustiere** oder hat Ihr Kind andere **Tierkontakte**. Z.B. bei Freunden, Verwandten, in der Nachbarschaft?

- nein** **ja**, zu folgenden Tieren Hund Katze Rind Taube Pferd Schaf Ente
 Wellensittich Kanarienvogel Meerschweinchen Goldhamster
 Kaninchen andere Tiere: _____

9. Sind bei **Tierkontakten** Beschwerden aufgetreten? **nein** **ja**, bei Kontakt mit folgenden Tieren: _____
_____ waren folgende Beschwerden zu beobachten: _____

10. Gibt es bei Ihrem Kind vermehrt Schwellungen, Rötungen, anhaltendes Jucken oder andere Reaktionen, z.B. Atemnot nach **Insektstichen/-bissen**? **nein** **ja**, nach Stichen/Bissen von Biene Wespe
 andere Insekten: _____

D. Nahrungsmittel / Medikamente

1. Hat Ihr Kind eine **Abneigung** oder **Unverträglichkeit** gegen bestimmte **Nahrungsmittel**? **nein** **ja**, gegen:
 Fisch Ei Milch, Käse, Quark Äpfel Erdbeeren Apfelsinen, Zitronen Pfirsiche Spinat
 Erbsen, Linsen, Bohnen Tomaten Nüsse Fruchtsäfte andere Nahrungsmittel: _____

Welche Beschwerden werden durch die Unverträglichkeit dieser Nahrungsmittel ausgelöst? Asthma Heuschnupfen
 Migräne Verdauungsstörungen, Übelkeit, Erbrechen Verschlimmerung der Hautkrankheit, Ekzem
 Nesselsucht, Lippen-, Rachenschwellungen

2. **Überempfindlichkeiten** gegen Medikamente und Impfungen:

Bestehen bei Ihrem Kind Überempfindlichkeiten gegen **Medikamente**? **nein** **ja**, gegen folgende Medikamente:
 Penicillin Schmerzmittel fiebersenkende Mittel Beruhigungsmittel
 andere Medikamente: _____

Wurden **Impfungen** schlecht vertragen? **nein** **ja**, folgende Impfungen wurden schlecht vertragen: _____
_____ folgende Nebenwirkungen traten auf: _____

E. Bisherige Diagnostik und Behandlung

1. Ist bei Ihrem Kind bereits ein Allergietest durchgeführt worden? **nein** **ja**, bei Dr. _____ im Jahr ____
Hierbei wurde ein Hauttest durchgeführt Blut untersucht ein Lungentest durchgeführt

2. Haben Sie für Ihr Kind nach dieser Untersuchung einen Allergiepaß bekommen? **nein** **ja**

3. Führen Sie bereits Tagebuch über Beschwerden Ihres Kindes? **nein** **ja**

4. Haben Sie bereits bestimmte Dinge in der Umgebung des Kindes geändert? **nein** **ja**, folgendes haben
wir seit _____ geändert: _____

Ist dadurch eine Besserung der Beschwerden eingetreten? **nein** **ja**, deutliche Besserung **ja**, geringe Besserung

5. Ist Ihr Kind bereits hyposensibilisiert worden? **nein** **ja**, von _____ bis _____ mit Tropfenlösung
 mit Spritzen ohne wesentlichen Erfolg mit gutem Erfolg
Gegen welche Substanzen ist hyposensibilisiert worden? _____

6. Hat Ihr Kind schon häufig/regelmäßig wegen seiner Beschwerden lindernde Medikamente eingenommen?
Medikamente: _____ **Dosierung:** _____ **Einnahme seit:** _____

