

# 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 **Insektenstichen/-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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_