



Allergie-Fragebogen

Es ist möglich, daß die augenblicklichen Beschwerden Ihres Kindes auf eine Allergie zurückgehen. Bestimmte Stoffe in Ihrer Umgebung, auf die Ihr Kind überempfindlich reagiert, können die Ursache sein. Dieser Fragebogen soll helfen, dieses Problem zu klären und allergieverdächtige Stoffe in Ihrer Wohnung, in der Umgebung des Kindes oder im Freien herauszufinden.

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen in Ruhe durch und beantworten Sie sie so ausführlich und sorgfältig wie möglich.

Patient: _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Wer füllt den Fragebogen aus? Mutter Vater andere Person: _____

Welche **Beschwerden** veranlassen die Untersuchung: _____

Bestehen oder bestanden folgende **Krankheitserscheinungen**:

- | Erstmals aufgetreten: ↻ | Erstmals aufgetreten: ↻ |
|---|---|
| 1. Obstruktive ("spastische") Bronchitis _____ | 14. Schwellung und / oder Juckreiz von Lippen
und / oder Rachen; Kratzen im Hals _____ |
| 2. Krupp-Husten _____ | 15. Schwellung der Augenpartie, Schwellung
der Augenlider _____ |
| 3. Säuglingsekzem, Milchschorf _____ | 16. Ekzem, Neurodermitis _____ |
| 4. Atemnot, Atembeklemmungen, Asthma _____ | 17. Migräne, halbseitiger Kopfschmerz _____ |
| 5. Atemnot bei körperlicher Anstrengung _____ | 18. Magen-Darm-Beschwerden, häufige
Durchfälle, Bauchschmerz _____ |
| 6. Husten, Reizhusten, Bronchitis _____ | 19. Häufige "Erkältungs"krankheiten _____ |
| 7. Auswurf, Abhusten von Schleim _____ | 20. Hals- und Mandelentzündungen _____ |
| 8. Schnupfen, Heuschnupfen _____ | 21. Kreislaufbeschwerden / Schwindel _____ |
| 9. Niesanfälle _____ | 22. andere Beschwerden: _____ |
| 10. Stockschnupfen, behinderte Nasenatmung _____ | |
| 11. Kieferhöhlen-, Stirnhöhlenentzündung _____ | |
| 12. Augentränen, Augenjucken, Bindehautentzündung _____ | |
| 13. Nesselsucht, Urticaria, Hautquaddeln _____ | |

Leidet oder litt ein **Verwandter** an Beschwerden wie unter Ziffern 1 bis 21 aufgeführt? nein ja
 Vater _____ Mutter _____ anderer: _____ (bitte jeweils Ziffer(n) angeben)

Wann treten die Beschwerden bei Ihrem Kind auf:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> das ganze Jahr hindurch | <input type="radio"/> im Bett, im Schlafzimmer |
| <input type="radio"/> zu folgenden Jahreszeiten: _____ | <input type="radio"/> bei Verwandten, Bekannten |
| <input type="radio"/> während des gesamten Jahres jedoch regelmäßig
schlimmer in folgenden Monaten _____ | <input type="radio"/> auf Wiesen, auf Feldern <input type="radio"/> im Wald |
| <input type="radio"/> wechselnd, unabhängig von der Jahreszeit | <input type="radio"/> anderswo: _____ |
| <input type="radio"/> im Haus, in folgenden Räumen: _____ | <input type="radio"/> an bestimmten Orten: _____ |

Treten die Beschwerden vorwiegend bei bestimmten Tätigkeiten auf: _____ (bitte angeben)

Werden die Beschwerden des Kindes **verstärkt** durch:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Wetterwechsel | <input type="radio"/> bei Beginn der Heizperiode | <input type="radio"/> durch "Erkältungen" |
| <input type="radio"/> Kälte, Kühle, Nebel | (September / Oktober) | <input type="radio"/> beim Umgang mit Tieren: _____ |
| <input type="radio"/> Sonne, Wärme, Trockenheit, Wind | <input type="radio"/> in staubigen Räumen | _____ |
| <input type="radio"/> beim Rasenmähen | <input type="radio"/> beim Fegen, Staubwischen | <input type="radio"/> bei Durchführung von Hobbys: _____ |
| <input type="radio"/> in der Nähe von Heu oder Stroh | _____ oder -saugen | _____ |
| <input type="radio"/> beim Reinigen von Tierkäfigen | <input type="radio"/> beim Bettenmachen oder zubett gehen | <input type="radio"/> bei körperlicher Anstrengung, Sport |
| _____ oder -ställen | <input type="radio"/> durch bestimmte Kleidung | |
| <input type="radio"/> in Tierställen, Zoo, Zirkus | <input type="radio"/> durch scharfe Gerüche, Dünste, | |
| <input type="radio"/> feuchten Gegenden oder Räumen | Sprays oder Rauch | |

Besteht zeitweilig eine teilweise oder völlige **Beschwerdefreiheit**? nein ja, **nämlich**:
 an der See im Hochgebirge im Hochsommer an Regentagen an Wochenenden
 bei anderen Gelegenheiten _____

Bestehen **Tierkontakte**? nein ja, und zwar: sonstige: _____
 Hund Pferd Meerschweinchen Kaninchen Wellensittich Papagei Schaf Schwein
 Katze Rind Goldhamster Maus, Ratte Kanarienvogel Taube Ziege Geflügel

Wohnung und Umgebung:

Sie wohnen in: Stadt Kleinstadt Dorf
 Mietwohnung Haus mit Garten Bauernhof
 Altbau Neubau Zentralheizung Ofenheizung

Die Wohnung ist trocken feucht Stockflecken

Sie haben: einen Garten Zimmerpflanzen oder Blumen
 Teppiche Felle, Pelze, Jagdtrophäen Wandbehänge

Matratzenmaterial: Schaumstoff Federkern
 Roßhaar Kapok Seegras sonstiges: _____

Bettdecke und Kopfkissen aus: Federn Daunen
 Tierwolle Kunstfaser Seide sonstiges: _____

Wird in der Umgebung des Kindes **geraucht**? ja nein

Gibt es Unverträglichkeiten oder Abneigungen gegen bestimmte **Nahrungsmittel** ?

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Milch | <input type="radio"/> Brot | <input type="radio"/> Fertiggerichte | <input type="radio"/> Mohrrüben | <input type="radio"/> Erdbeere | <input type="radio"/> Banane | <input type="radio"/> Rotwein |
| <input type="radio"/> Eier | <input type="radio"/> Backwaren | <input type="radio"/> Konservenkost | <input type="radio"/> Paprika | <input type="radio"/> Zitrone | <input type="radio"/> Ananas | <input type="radio"/> Tonicwasser |
| <input type="radio"/> Käse | <input type="radio"/> Mehlstaub | <input type="radio"/> Salate | <input type="radio"/> Erbsen | <input type="radio"/> Apfelsine | <input type="radio"/> Kirschen | <input type="radio"/> Haselnüsse |
| <input type="radio"/> Quark | <input type="radio"/> Fleisch | <input type="radio"/> Zwiebel | <input type="radio"/> Bohnen | <input type="radio"/> Apfel | <input type="radio"/> Gewürze | <input type="radio"/> Walnüsse |
| <input type="radio"/> Schokolade | <input type="radio"/> Wurst | <input type="radio"/> Kohl | <input type="radio"/> Linsen | <input type="radio"/> Birne | <input type="radio"/> Mayonnaise | <input type="radio"/> Paranüsse |
| <input type="radio"/> Kakao | <input type="radio"/> Fisch | <input type="radio"/> Sellerie | <input type="radio"/> Kartoffeln | <input type="radio"/> Aprikose | <input type="radio"/> Ketchup | <input type="radio"/> Erdnüsse |
| <input type="radio"/> Honig | <input type="radio"/> Muscheln | <input type="radio"/> Spinat | <input type="radio"/> Tomaten | <input type="radio"/> Pfirsich | <input type="radio"/> Bier, Wein, Sekt | <input type="radio"/> Mandeln |
| <input type="radio"/> Fruchtsäfte | <input type="radio"/> Krabben, Krebse | <input type="radio"/> sonstige: _____ | | | | |

Welche Krankheitszeichen treten danach auf? _____

Gibt Überempfindlichkeiten gegen **Medikamente** ? nein ja, gegen folgende: _____

Gibt es Überempfindlichkeiten gegenüber **Insektenstichen** ? nein ja, nach Stich von: _____ tritt auf:
 starke Schwellung (mehr als 5 cm) Hautquaddeln am ganzen Körper Atemnot Schwächeanfall
 sonstiges: _____

Bisherige Behandlung und Diagnosen: _____

Wurde schon einmal ein **Allergietest** durchgeführt ? nein ja, bei: Dr.: _____ wann: _____

Testergebnis: _____

Wurden **RAST-** oder andere Blutuntersuchungen durchgeführt ? nein ja, bei: Dr.: _____

wann: _____ Welches Ergebnis hatten sie: _____

Wurde schon mal eine **Hyposensibilisierungsbehandlung** (Desensibilisierung) durchgeführt ? nein ja,

und zwar bei Dr.: _____ wann: _____ Testergebnis: _____

mit welchem Erfolg: _____ Nebenwirkungen: _____

Wurde schon einmal eine **Umgebungssanierung** durchgeführt ? nein ja, Erfolg ? _____

Wurden bereits **Operationen** wegen der Erkrankung durchgeführt:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Rachenmandeln (= Adenotomie = "Polypen"operation) | <input type="radio"/> Nasenscheidewandoperation | <input type="radio"/> Nasenpolypen |
| <input type="radio"/> Gaumenmandeln (= Tonsillektomie = Mandeloperation) | <input type="radio"/> Nasennebenhöhlen-Operation | <input type="radio"/> Kieferhöhlenoperation |
| <input type="radio"/> andere Operationen: _____ Zeitpunkt(e) der Operation(en): _____ | | |

Erfolg: _____

Welche **Medikamente** wurden bisher gegen die Beschwerden eingesetzt ? _____

Welche für das Kind wichtigen Dinge konnten Sie in diesem Fragebogen bisher nicht mitteilen: _____