

Allergie-Fragebogen für die Anamnese

Vom Patienten oder den Eltern auszufüllen!

Ihre Beschwerden (die Ihres Kindes) können allergischen Ursprungs sein, der auf bestimmte Stoffe Ihrer (des Kindes) Umgebung zurückzuführen ist. Um diese Allergieauslöser zu finden, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen gewissenhaft.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Beruf: _____ Beruf des Partners: _____

Beruf des Vaters: _____ Beruf der Mutter: _____

Kreuzen Sie bitte an oder ergänzen Sie!

Gegenwärtige Beschwerden (Hauptbeschwerden unterstreichen):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Augenentzündung seit _____ | <input type="checkbox"/> Schnupfen seit _____ | <input type="checkbox"/> Asthma-Anfälle: _____ mal/Jahr seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Niesanfälle seit _____ | <input type="checkbox"/> Bronchitis seit _____ | <input type="checkbox"/> Schwellungen (z.B. Augen, Lippen, Zunge) seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Reizhusten seit _____ | <input type="checkbox"/> Nesselfieber seit _____ | <input type="checkbox"/> Magen-Darmbeschwerden (z.B. Durchfall) seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme seit _____ | | |

Auftreten der Beschwerden:

- | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> unregelmäßig | <input type="checkbox"/> ganzjährig gleich | <input type="checkbox"/> ganzjährig mit jahreszeitlicher Verschlechterung | |
| <input type="checkbox"/> überwiegend in bestimmten Monaten (bitte Monat ankreuzen) | | | |
| <input type="checkbox"/> Januar | <input type="checkbox"/> Februar | <input type="checkbox"/> März | <input type="checkbox"/> April |
| <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Juni | <input type="checkbox"/> Juli | <input type="checkbox"/> August |
| <input type="checkbox"/> September | <input type="checkbox"/> Oktober | <input type="checkbox"/> November | <input type="checkbox"/> Dezember |

Begünstigende bzw. auslösende Umstände

- | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|
| Fieber: | Wetter: | Ort: | Tageszeit: |
| <input type="checkbox"/> häufig mit Fieber | <input type="checkbox"/> feucht | <input type="checkbox"/> Wiese/Feld | <input type="checkbox"/> nachts von ____ bis ____ |
| <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> Wald | <input type="checkbox"/> morgens nach dem Aufstehen |
| <input type="checkbox"/> nie mit Fieber | <input type="checkbox"/> kalt | <input type="checkbox"/> Schule | <input type="checkbox"/> tagsüber |
| | <input type="checkbox"/> windig | <input type="checkbox"/> zu Hause | |
| | <input type="checkbox"/> neblig | <input type="checkbox"/> im Keller | |

Kontakt mit:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heu | <input type="checkbox"/> Mehl | <input type="checkbox"/> Staub | <input type="checkbox"/> Kosmetika |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> andere Stoffe | welche? _____ | |

Stimmungslagen:

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aufregung | <input type="checkbox"/> seelische Belastung | <input type="checkbox"/> launenunabhängig |
|------------------------------------|--|---|

Besteht Kontakt mit folgenden Tieren?

- | | | | |
|--------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hund | <input type="checkbox"/> Meerschweinchen | <input type="checkbox"/> Kaninchen | <input type="checkbox"/> Tauben |
| <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Hamster | <input type="checkbox"/> Rind | <input type="checkbox"/> Ziervögel |
| <input type="checkbox"/> Pferd | | | |

Zeigen sich Beschwerden nach dem Kontakt mit Tieren?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Haben sich Beschwerden geändert?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Im Urlaub: | Nach Wohnungswechsel: | Bei Besuch: |
| <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> Großeltern |
| <input type="checkbox"/> besser | <input type="checkbox"/> besser | <input type="checkbox"/> Verwandte |

An bestimmten Orten:

- | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zirkus | <input type="checkbox"/> Bauernhof | <input type="checkbox"/> Stall | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz |
| <input type="checkbox"/> andere Orte _____ | | | |

Beschaffenheit der Wohnung:

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Altbau | <input type="checkbox"/> Neubau | <input type="checkbox"/> feucht | <input type="checkbox"/> trocken |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

Bitte wenden!

Einrichtung des Schlafzimmers:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teppichboden | <input type="checkbox"/> Polstermöbel | <input type="checkbox"/> Tierfelle | <input type="checkbox"/> Stoffspielzeug |
| <input type="checkbox"/> schwere Vorhänge | <input type="checkbox"/> kleiner Teppich | <input type="checkbox"/> mehrere Betten | <input type="checkbox"/> Zentralheizung |

Beschaffenheit des Bettes:

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rosshaarmatratze | <input type="checkbox"/> Schaumgummimatratze | <input type="checkbox"/> Federbett | <input type="checkbox"/> Wolledecke |
| <input type="checkbox"/> Federkernmatratze | <input type="checkbox"/> Federkissen | <input type="checkbox"/> Daunendecke | |

Besteht eine Abneigung gegen oder Unverträglichkeit nach Genuss folgender Nahrungsmittel?

- | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Käse | <input type="checkbox"/> Erdbeeren | <input type="checkbox"/> Apfelsinen und Zitronen |
| <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Nüsse | <input type="checkbox"/> Pfirsich | <input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte (z.B. Erdnuss) |
| <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Tomaten | <input type="checkbox"/> Äpfel | <input type="checkbox"/> andere Nahrungsmittel |
- andere? _____

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> örtliche Schwellungen |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Ausschlag | <input type="checkbox"/> Fließschnupfen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Unwohlsein | | | |

Frühere Erkrankungen:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Milchschorf | <input type="checkbox"/> Nesselfieber | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> örtliche Schwellungen |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme | <input type="checkbox"/> Reaktion auf Insektenstiche | <input type="checkbox"/> chronische Infekte | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Neigung zu Erkältungen | <input type="checkbox"/> Krupp | <input type="checkbox"/> häufiges Erbrechen oder Durchfall | <input type="checkbox"/> Wurmbefall |
| <input type="checkbox"/> Bronchitiden | <input type="checkbox"/> Kiefer- bzw. Stirnhöhlenentzündung | | |

Operationen:

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Polypen | <input type="checkbox"/> Mandeln | <input type="checkbox"/> andere: _____ |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
- Wann? _____ Mit Erfolg? _____

Bisherige Behandlung?

- Medikamente (welche?): _____
- ohne Erfolg (welche?): _____ mit Erfolg (welche?): _____
- Hyposensibilisierung (wann?): _____ Kuraufenthalte (wo?): _____

Welche Allergiebeschwerden haben andere Familienangehörige?

- Mutter: _____ Geschwister: _____
- Vater: _____ Verwandte: _____

Raucher?

- ja wieviel/Tag _____ nein Wird in der häuslichen Umgebung geraucht? ja nein

Sportliche Betätigung:

- ja, welche? _____ nein

Beschwerden nach körperlicher Belastung:

- ja, welche? _____ nein

Bemerkungen:
