



Dr. med. Andreas Knust
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Schwerpunkt Neuropädiatrie

Allergie-Fragebogen

Liebe Eltern,

Ihre Tochter/Ihr Sohn leidet an einer Erkrankung, die im Kindesalter durch eine Allergie verursacht werden kann. Um herauszufinden, ob dies für Ihr Kind zutrifft und - wenn ja - welche der vielen in Frage kommenden allergieauslösenden Stoffe für die Beschwerden Ihres Kindes verantwortlich sind, benötigen wir genaue Angaben über Art und Umfang der Beschwerden, den bisherigen Krankheitsverlauf, die Umgebung Ihres Kindes sowie zur Familienvorgeschichte.

Wir bitten Sie deshalb, den folgenden Fragebogen zunächst in Ruhe durchzulesen und dann gewissenhaft auszufüllen. Bitte bedenken Sie, dass genaue Antworten dazu beitragen, Ihrem Kind unnötige Untersuchungen zu ersparen und rasch einen geeigneten Behandlungsplan zu erstellen.

Kreuzen Sie bitte die entsprechenden Kästchen () an oder tragen Sie Ihre Antwort in die jeweils vorgesehene Leerzeile ein.

Name des Kindes:..... Straße:
Vorname: Wohnort:
geb. am:

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt am:
durch Mutter Vater Sonstige:

Beruf des Vaters:
Beruf der Mutter:

A. Beschwerden:

1. Wegen welcher eventuell allergisch bedingter Beschwerden kommen Sie mit Ihrem Kind heute in unsere Praxis?

.....
.....

2. In welchem Alter sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

.....

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

Nein

Ja, die Beschwerden traten erstmals auf im Zusammenhang mit

.....

.....

4. Wie oft treten die Beschwerden auf?

selten

wöchentlich

monatlich

die Beschwerden sind dauernd vorhanden

5. Treten die Beschwerden in einer bestimmten Jahreszeit auf?

Nein, die Beschwerden sind **ganzjährig andauernd** und ohne jahreszeitliche Verstärkung vorhanden.

Nein, die Beschwerden treten **ganzjährig anfallsweise** auf, ohne erkennbare Verstärkung in einer bestimmten Jahreszeit.

Ja, die Beschwerden treten **vorwiegend** / **ausschließlich** in den folgenden Monaten auf (bitte alle Monate ankreuzen, in denen Beschwerden bestehen):

Januar

Mai

September

Februar

Juni

Oktober

März

Juli

November

April

August

Dezember

6. Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten **Tageszeit** auf?

Nein, die Beschwerden können zu jeder Tages- oder Nachtzeit auftreten.

Ja, besonders starke Beschwerden treten zu folgenden Zeiten auf:.....

.....

7. Treten die Beschwerden vorwiegend an bestimmten **Orten** auf?

Nein, die Beschwerden sind ortsunabhängig.

Ja, besonders starke Beschwerden treten auf:

.....

8. Treten die Beschwerden auf im Zusammenhang mit

körperlicher Anstrengung?

Nein, kein Zusammenhang.

Ja, unter anderem, insbesondere bei.....

Ja, ausschließlich, insbesondere bei

Infekten der Atemwege (Erkältung, Schnupfen, Husten)?

- Nein, kein Zusammenhang.
- Ja, unter anderem.
- Ja, ausschließlich.

Kälte, Temperaturwechsel, Nebel, Feuchtigkeit?

- Nein, kein Zusammenhang.
- Ja, unter anderem.
- Ja, ausschließlich.

9. Besteht zeitweise völlige Beschwerdefreiheit?

- Nein, es besteht nie völlige Beschwerdefreiheit.
- Ja, besonders gut geht oder ging es dem Kind bei folgenden Gelegenheiten:
 - an der See. an feuchten Sommertagen, bei Regen.
 - im Hochgebirge. am Wochenende, im Urlaub.
 - im Hochsommer. im Herbst/Winter.
 - bei sonstigen Gelegenheiten:.....

10. Welche der aufgeführten Beschwerden und Krankheiten haben Sie bei Ihrem Kind beobachtet?

a) an der Haut/Schleimhaut:

- juckendes Kindereczem (z. B. an Kopf, Wange, Ellenbeugen, Kniekehlen).
- Nesselfieber (Hautquaddeln).
- plötzliche, ggf. wiederkehrende Schwellungen im Gesicht (Lippen, Augen, Zunge).

b) an Augen und Nase:

- Augentränen oder Augenjucken.
- Rötung der Augenbindehäute.
- Fließschnupfen oder Heuschnupfen (im Frühjahr bzw. Sommer).
- Niesanfälle.
- Stockschnupfen (langfristig verstopfte Nase).

c) an den Atemwegen:

- gehäufte Bronchitis ohne Atemnot.
- gehäufte Bronchitis mit Atemnot.
- Atemnot, Kurzatmigkeit oder Reizhusten ohne Erkältungszeichen.
- Atemnot, Kurzatmigkeit oder Reizhusten nach Anstrengung (z.B. Sport).
- Husten nur morgens. Husten vorwiegend nachts.
- Lungenentzündungen Krupphusten (Pseudokrapp)

d) übrige Organe:

- Wiederkehrende Durchfälle, Erbrechen, Luftnot oder Hautausschlag nach Aufnahme folgender Nahrungsmittel:
-

11. Wurden bei Ihrem Kind

Nasenpolypen operiert?

Wann?.....

Wo?.....

Rachenmandel entfernt?

Wann?

Wo?

B. Familienvorgeschichte:

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

Asthma

Ekzem (Neurodermitis)

Heuschnupfen

Nahrungsmittelallergie/Medikamentenallergie

C. Umgebung:

1. Wo und wie **wohnt** das Kind?

in der Stadt

auf dem Land

Altbau

Neubau

trockenes Mauerwerk

feuchtes Mauerwerk

2. Wird in der Wohnung geraucht?

Nein, alle Familienmitglieder sind Nichtraucher.

Ja, folgende Familienmitglieder rauchen:

Nur Besucher rauchen.

3. Wie wird die Wohnung **geheizt**?

Öl

Gas

Kohle

Holz

Elektro

4. Gibt es in der Wohnung

Zimmerpflanzen und Blumen (welche?)

.....

Teppiche, Felle, Pelze, Jagdtrophäen

Schimmelflecken (welche Räume?)

5. **Bettdecken und Kopfkissen** des Kindes enthalten:

Federn

Wolle

Kunstfasern

Die Matratze

besteht aus Schaumstoff

beinhaltet Roßhaar

Es wird bereits milbenundurchlässige **Spezialbettwäsche** (sog. Encasings) oder sog. **Allergiker - Bettwäsche** benutzt.

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

Nein, das Kind hat keine regelmäßigen Tierkontakte.

Ja, das Kind hat/hatte Kontakt zu folgenden Tieren:

	<u>früher</u>	<u>z. Zt.</u>		<u>früher</u>	<u>z. Zt.</u>
Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wellensittich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kanarienvogel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meerschweinchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goldhamster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kaninchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Tiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welche?

7. Sind bei Tierkontakten Beschwerden aufgetreten?

Nein

Ja, bei Kontakt mit folgenden Tieren

.....
waren folgende Beschwerden zu beobachten:

.....

D. Nahrungsmittel / Medikamente:

1. Hat Ihr Kind eine **Abneigung** gegen bestimmte Nahrungsmittel oder haben Sie eine **Unverträglichkeit** bestimmter Nahrungsmittel beobachtet?

Nein

Ja, Unverträglichkeit besteht gegen:

Fisch

Ei

Milch, Käse, Quark

Äpfel

Erdbeeren

Apfelsinen, Zitronen

Pfirsiche

Nüsse

Fruchtsäfte

andere Nahrungsmittel

Welche Beschwerden werden durch diese Nahrungsmittel ausgelöst?

Asthma

Verdauungsstörungen, Übelkeit, Erbrechen

Fließschnupfen

Verschlimmerung der Hautkrankheit, Ekzem

Migräne

Nesselsucht, Lippen-, Rachenschwellung

2. Überempfindlichkeit gegen Medikamente und Impfungen:

a) Bestehen bei Ihrem Kind Überempfindlichkeiten gegen Medikamente?

Nein

Ja, gegen folgende Medikamente:.....

.....

Wir haben vom Arzt eine entsprechende Bescheinigung erhalten.

- b) Gab es nach Impfungen erhebliche Nebenwirkungen? Nein
 Ja, folgende Impfungen wurden schlecht vertragen:
-

E. Bisherige Diagnostik und Behandlung:

1. Ist bei Ihrem Kind bereits bei einem anderen Arzt eine Allergiediagnostik durchgeführt worden? Nein
 Ja, bei Dr.wurde im Jahr:
 ein Hauttest durchgeführt Blut untersucht
 ein Lungenfunktionstest durchgeführt
2. Haben Sie für Ihr Kind im Anschluss an diese Untersuchung einen Allergiepass bekommen? Ja Nein
3. Führen Sie bereits ein Tagebuch über Beschwerden Ihres Kindes?
 Ja Nein
4. Haben Sie bereits bestimmte Dinge in der Umgebung des Kindes geändert?
 Nein
 Ja, folgendes haben wir seit geändert:
-
5. Ist durch diese Änderung eine Besserung der Beschwerden eingetreten?
 Nein, unveränderte Beschwerden
 Ja, deutliche Besserung Ja, geringe Besserung.
6. Ist Ihr Kind bereits bei einem anderen Arzt hyposensibilisiert worden?
 Nein Ja, von bis
 mit Tropfenlösung mit Spritzen
 ohne wesentlichen Erfolg mit gutem Erfolg
 Gegen welche Substanzen ist hyposensibilisiert worden?.....
-
7. Bitte geben Sie abschließend an, welche **auch nicht durch uns verordneten** Medikamente Ihr Kind wegen seiner Beschwerden in den letzten Monaten regelmäßig eingenommen hat:
- | <u>Medikamente:</u> | <u>Dosierung:</u> | <u>Einnahme seit:</u> |
|---------------------|-------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |