

Allergiefragebogen für Kinder und Jugendliche

Name:

Geburtsdatum:

Ausgefüllt von: Mutter Vater Patient

Datum:

Es besteht ein deutlicher Hinweis, dass es sich bei den Beschwerden Ihres Kindes um eine allergische Erkrankung handeln könnte.

- häufigem jucken der Haut, der Nase, der Augen
- Nesselfieber bzw. Rötungen und Schwellungen der Haut
- Bindehautentzündung der Augen
- wiederholt auftretendem Schnupfe oder einer verstopften Nase
- häufigen Erkältungsneigungen und Husten
- anfallsweise Kopfdruck oder Kopfschmerzen
- anfallsweise Erbrechen oder Durchfall
- Jucken im Pobereich
- Gelenkbeschwerden mit Schwellungen und Rötungen

Bitte lesen Sie diesen Fragebogen in Ruhe durch und beantworten Sie die Fragen durch Ankreuzen. Bei Aufzählungen unterstreichen oder umkreisen Sie bitte das Betreffende.

1. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen?

	ja	nein
a) Milchschorf, häufige Hautentzündungen im Windelbereich, Ekzem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Nesselsucht, Quaddeln und Rötungen der Haut, Juckreiz der Lippen, der Augen, im Rachen, im Pobereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Schwellung der Augenlider, der Augenpartie, des Mundbereichs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) häufiger Husten als Säugling/Kleinkind, Bronchitis, Reizhusten, Krupphusten, spastische Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Pfeifen und Röcheln in den Bronchien, Atembeklemmung, Atemnot, Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Häufiger Schnupfen, verstopfte Nase, Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Niesanfälle mehr als 5mal nacheinander, Stockschnupfen, Polypen im Nasen-/Rachenraum, vergrößerte Mandeln und Mandelentzündungen, mehr als 6mal fieberhafte Erkältungskrankheiten im Jahr, Kieferhöhlen-/ Stirnhöhlenentzündung, Stirnkopfschmerz, halbseitiger Kopfschmerz, Migräne, Lichtempfindlichkeit, Lichtscheu, Augentränen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Magen-, Bauch-, Darmbeschwerden, häufige Durchfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Besteht oder bestanden Wurmerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, wurde eine Wurmkur durchgeführt? Wann? _____		

2. Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf? (bitte zutreffendes umkreisen)

Morgens / Vormittags / am Abend / beim Einschlafen / nachts zu bestimmten Zeiten

3. Sind die Beschwerden in bestimmten Monaten am schlimmsten?

Januar März Mai Juli September November
Februar April Juni August Oktober Dezember oder bei Beginn der Heizperiode?

4. Seit wie viel Monaten / Jahren bestehen die Beschwerden? _____ Jahre _____ Monate

5. Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a) in Haus / Küche / Kinderzimmer / Keller / Dachboden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) in Scheune / Tierstall / Garten / Feld / Wiesen / Wald | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) bei bestimmten Verwandten / Großeltern / Tanten / Onkeln / Freunde o. a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6. Treten die Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten vermehrt auf?

Beim Spielen / Toben / Laufen / Rasenmähen / Fegen / Staubwischen / Bettenmachen / Teppichsaugen / bei bestimmten Hobbies:

Fortsetzung bitte auf Seite 2

Allergiefragebogen für Kinder und Jugendliche -Seite 2-

	Ja	Nein
7. Besteht zeitweilige oder völlige Beschwerdezeitfrei? In bestimmten Zimmern / Gebäuden / bei Verwandten / an der See / im Hochgebirge / an feuchten Tagen / bei Regen / bei längerer Trockenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Bestehen regelmäßige Tierkontakte? In der Wohnung / im Haus / in der Scheune / bei Verwandte / bei Freunden / Nachbarschaft / Verwandte mit: Hund Pferd Huhn Taube Goldhamster Kanarienvogel Katze Rind Ente Kaninchen Wellensittich Meerschweinchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Treten bei oder nach Tierkontakten deutliche Beschwerden auf?		
10. Sind schon Unverträglichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel beobachtet worden oder bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a) Erdbeeren / Apfelsinen / andere Früchte _____ Nüsse / Nussspeisen / farbige Süßigkeiten / Eier / Milch / Fisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) bei Medikamenten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) besteht Empfindlichkeit der Haut bei Pflaster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Gab es vermehrt Schwellungen / Rötungen / anhaltendes Jucken o. a. Reaktion z.B. Atemnot bei Insektenstiche / -bissen? Mücke / Floh / Biene / Wespe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Wurden empfindliche Reaktionen der Haut beim Tragen von Kleidungsstücken aus Wolle/ Pelz / Baumwolle / Kunstfaser / Feder zu beobachten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ist das Bett (Kopfkissen, Bettdecke) aus Federn / Daunen / Wolle / Kunstfasern? Die Matratze / Unterlage aus See gras / Rosshaar / Kapok?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Gibt es bei den Blutsverwandten die bisher beschriebenen Auffälligkeiten / Beschwerden? Großmutter / Großvater / Mutter / Vater / Bruder / Schwester / Tante / Onkel /Cousine / Cousin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Wohnt die Familie im feuchten Altbau / Bauernhaus – beobachten Sie im Haus Stockflecken / Schimmel und geruchsbelästigenden Unternehmen / Industrie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Wohnen Sie in der Nähe bzw. umgeben von Wiesen / Feldern / Wald, staub- und geruchsbelästigenden Unternehmen / Industrie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Wurden schon häufig / regelmäßig gegen diese Beschwerden lindernde Medikamente eingenommen? Wenn Ja, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Wurde schon einmal ein Allergietest durchgeführt? Von wem: Ergebnis:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Wurde schon eine Hypo-/Desensibilisierung versucht? Womit: Besserung:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>