

# Allergiefragebogen für Kinder und Jugendliche

Name:

Geburtsdatum:

Ausgefüllt von: O Mutter O Vater O 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: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|-----------------------|-----------------------|

Fortsetzung bitte auf Seite 2

## Allergiefragebogen für Kinder und Jugendliche -Seite 2-

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