

Fragen zur Diagnostik allergischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

VORNAME:

NACHNAME:

geb. am

Sehr geehrte Eltern, liebe Kinder und Jugendliche,

dieser Fragebogen dient zur Aufdeckung und Eingrenzung einer möglichen allergischen Erkrankung.

Bitte lesen Sie/lest den Fragebogen in Ruhe und beantworten Sie/beantwortet die Fragen sorgfältig. Bitte beachten Sie/beachtet, dass sich alle Fragen auf den Patienten, d.h. auf das betroffene Kind oder den Jugendlichen beziehen.

	Name	Vorname	Beruf/Tätigkeit	Hobbys	Raucher
Mutter					
Vater					

Wer füllt den Fragebogen aus?

Patient selbst	Mutter	Vater	Andere
----------------	--------	-------	--------

Welche Verwandten haben oder hatten allergische Erkrankungen, z.B. Asthma, Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergien, Urtikaria (Nesselsucht), Ekzeme?

Vater, welche?	Mutter, welche?	Geschwister, welche?	Andere, welche?

Liegen unten aufgeführte **Beschwerden** vor (Zutreffendes bitte ankreuzen)?

Milchschorf	Ekzem	Hautquaddeln	Schwellungen im Gesicht	Juckreiz
Augentränen	Augenjucken	Augenbrennen	gerötete Augen/ Bindehaut	
Fließschnupfen	Dauerschnupfen	Niesattacken	Nasenjucken	chron. verstopfte Nase
Neigung zu Erkältungskrankheiten	ständige Mundatmung	Reizhusten		
Husten morgens / nachts	Pseudokrapp	Bronchitis	ohne / mit Atemnot	Atemnot bei körperl. Belastung
Durchfälle	rez. Erbrechen	rez. Bauchschmerzen		

Seit wann treten die o.g. Beschwerden auf/ Lebensalter bei Beginn?

Wann und wo treten die Beschwerden auf (Zutreffendes bitte ankreuzen; **1= leicht; 2= mäßig, 3 = stark**)?

ganzjährig	wechselnd, unabhängig von der Jahreszeit	ganzjährig, in folgenden Monaten verstärkt	nur in folgenden Monaten
------------	---	---	--------------------------

Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.

im Freien	Wiese	Wald	Schule/ Kita	Turnhalle	Tierkontakt, welche:
Innenräume	Kinderzimmer	Bett	Sonstige:		

Wann treten die Beschwerden auf (Zutreffendes bitte ankreuzen)?

morgens	abends	ganztags	bei Temp. wechsel	bei Kälte	bei Wetterwechsel	Sonstiges:
---------	--------	----------	----------------------	-----------	----------------------	------------

Bestehen gegenüber bestimmten **Nahrungsmitteln Abneigungen oder Unverträglichkeiten?**

Eier	Kuhmilch	Käse	Quark	Schokolade
Nüsse	Erdnuss	Tomaten	Erbsen/ Linsen/ Bohnen	Soja
Apfel	Pfirsich	Erdbeeren	Apfelsinen/ Zitronen	Fisch

Sonstige:

Welche Beschwerden werden durch die o.g. Nahrungsmittel ausgelöst?

Bestehen **Überempfindlichkeiten / Allergien gegenüber Medikamenten?**

nein	ja
------	----

welche:

Ist eine **Überempfindlichkeit / Allergie gegenüber Insekten** bekannt?

nein	ja
------	----

welche:

Wurde bereits **ein Allergietest durchgeführt?**

nein	ja
------	----

wann?

durch wen?

Ergebnis?:

Wurde bereits **eine spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung) durchgeführt?**

nein	ja
------	----

wann/wie lange?

durch wen?

mit Spritzen/Tropfen/Tabletten?

Hat die Behandlung zu einer Besserung geführt?

Welche Medikamente werden / wurden gegen die allergischen Beschwerden eingesetzt?

Medikament	Dosis	von – bis	Erfolg

Sind andere **Maßnahmen / alternative Heilmethoden** angewendet worden oder werden angewendet?

nein	ja
------	----

welche?

Herzlichen Dank für Ihre/eure Mitarbeit. Bei Fragen wenden Sie sich/wendet ihr euch bitte an das Praxisteam.