



Kinderpneumologen
 Dr. Stefan Förster
 Dr. Sabine Zeil

Kinderarztpraxis in 01099 Dresden, Königsbrücker Str. 28 – 30;
 Telefon: 0351 8029767 Telefax: 0351 89511455

Fragebogen für Kinder mit Nahrungsmittelallergie

Sehr geehrte Eltern!

Um das Gespräch mit dem Arzt zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Alle Angaben sind dabei natürlich freiwillig. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Wer füllt den Fragebogen aus? _____ Telefon: _____

Welche/r **Ärztin / Arzt** hat Sie überwiesen bzw. wer ist Ihr Kinder- und Jugendarzt / Hausarzt? (wichtig für die Zusendung des Arztbriefes) _____

Bei welchem Nahrungsmittel treten die Beschwerden auf?

Wenn trat diese Reaktion zuletzt auf?

Wie lange nach dem Verzehr tritt die Reaktion auf?

sofort – 10 min 10 – 30 min 30 min – 6 h > 6 h

Welche Symptome treten genau auf?

Hautrötung Schwellung - wo? _____
 Husten Atemnot Niesen
 Erbrechen Bauchschmerzen Durchfall
 Apathie plötzliches Schlafen
 sonstiges _____

Wurden Medikamente gegeben?

Wenn ja, was: _____

Wenn nein, wie lange hat die Reaktion gedauert? _____

Ist bei Ihrem Kind bereits ein Allergietest erfolgt? ggf. einreichen

Nein
 Ja Falls ja, wann zuletzt? _____ (bitte mitbringen)
 Mit welchem Ergebnis? _____

Werden weitere Nahrungsmittel gemieden?

Gibt es atopische Erkrankungen in der Familie?

nein

	Vater	Mutter	Geschwisterkind	Großeltern		Tanten / Onkel	
				ms	vs	ms	vs
<i>Asthma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Heuschnupfen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tierhaarallergie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hausstaubmilbenallergie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Nahrungsmittelallergie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Neurodermitis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kontaktekzem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Fragen oder weitere Anmerkungen haben Sie?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe