



Praxis Dr. med. Thomas Köffler · Zollgasse 11 · 55130 Mainz

Tim Theobald  
Facharzt für Kinder u.  
Jugendmedizin  
Kinderpneumologe/Asthmatrainer  
Zollgasse 11, 55130 Mainz  
Tel.:06131-81146  
Fax:06131-81142

Datum: .....

## Allergie-Fragebogen

Name: ..... Vorname: ..... Geb.- Datum: .....

### Wiederholt beobachtete Beschwerden (Bitte die Hauptbeschwerden unterstreichen):

- |  |             |            |
|--|-------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Augenentzündung, -juckreiz  | seit: ..... | Lebensjahr |
| <input type="checkbox"/> Niesanfalle, Heuschnupfen  | seit: ..... | Lebensjahr |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen, behinderte Nasenatmung   | seit: ..... | Lebensjahr |
| <input type="checkbox"/> Husten (Bronchitis)   | seit: ..... | Lebensjahr |
| <input type="checkbox"/> Asthma-Anfälle(Verdacht), Atemnot: ...mal/Jahr   | seit: ..... | Lebensjahr |
| <input type="checkbox"/> Anstrengungsasthma  | seit: ..... | Lebensjahr |
| <input type="checkbox"/> Ekzem   | seit: ..... | Lebensjahr |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darmbeschwerden (z.B. Durchfall)  | seit: ..... | Lebensjahr |
| <input type="checkbox"/> Schwellung (z.B. <input type="checkbox"/> Augen, <input type="checkbox"/> Lippen, <input type="checkbox"/> Zunge) | seit: ..... | Lebensjahr |

### Zeitliches Auftreten der Beschwerden:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ganzjährig gleich | <input type="checkbox"/> ganzjährig mit jahreszeitlicher Verschlechterung |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßig      | <input type="checkbox"/> überwiegend in bestimmten Monaten: .....         |
- (bitte Monate angeben)

### Sind folgende Situationen an den Beschwerden beteiligt?

#### Infektion/Fieber:

- häufig mit Fieber  
 gelegentlich  
 nie mit Fieber

#### Tageszeit:

- nachts von ..... bis .....  
 morgens nach dem Aufstehen  
 tagsüber

#### Im Urlaub (wo):

- schlechter: .....  schlechter  
 besser: .....  besser

#### Nach Wohnungswechsel:

#### Bei Besuch:

- Großeltern  
 Verwandte

#### Bei körperlicher Belastung:

- schlechter  
 besser

### Entstehen Reizungen der Augen, Atemwege oder Haut nach Kontakt mit folgenden Tieren?

- |                                |                                  |  |  |
|--------------------------------|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Pferd   | <input type="checkbox"/> Meerschweinchen | <input type="checkbox"/> Ziervögel    |
| <input type="checkbox"/> Hund  | <input type="checkbox"/> Hamster | <input type="checkbox"/> Kaninchen       | <input type="checkbox"/> andere: ..... |

Haben Sie Haustiere?  nein

ja, welche?: .....

### Beschaffenheit der Wohnung:

- |  |                                 |                                  |
|--|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Groß-/Kleinstadt  | <input type="checkbox"/> Altbau | <input type="checkbox"/> feucht  |
| <input type="checkbox"/> ländliche Umgeb. | <input type="checkbox"/> Neubau | <input type="checkbox"/> trocken |

### Beschaffenheit des Bettes:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rosshaarmatratze    | <input type="checkbox"/> Federkissen             | <input type="checkbox"/> Daunendecke     |
| <input type="checkbox"/> Federkernmatratze   | <input type="checkbox"/> Federbett               | <input type="checkbox"/> Wolledecke      |
| <input type="checkbox"/> Schaumgummimatratze | <input type="checkbox"/> antiallergische Bezüge | <input type="checkbox"/> Kunstfaserdecke |

**Nahrungsmittel:**

Besteht eine Abneigung oder Unverträglichkeit auf folgende Nahrungsmittel?

- Milch
- Käse
- Kernobst (Äpfel, Birnen)
- Hülsenfrüchte
- Ei
- Nüsse
- Steinobst (z.B. Pfirsiche)
- Orangen und Zitrusfrüchte
- Fisch
- Erdnüsse
- Kiwi
- andere (z.B. Gemüse/Kräuter):.....

---

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

- keine
- Ausschlag
- Erbrechen, Durchfall
- Reizung im Mund/Hals)
- örtliche Schwellung
- Asthma/ Atemenge
- Fliessschnupfen
- andere: .....

---

**Medikamente:**

Welche Medikamente wurden nicht vertragen?(bitte mit Zeitangabe) .....

Bei Reaktionen nach Medikamenten: Welche Reaktionen traten auf?

- Ausschlag
- Asthma/Atemnot
- örtliche Schwellung
- Fieber

---

**Frühere Erkrankungen:**

- Milchschorf/Ekzem
- Bronchitis
- RSV Infektionen
- Asthma bronchiale
- örtliche Schwellungen
- Neigung zu Erkältung
- Lungenentzündung
- Migräne
- Krupphusten
- Nasennebenhöhlenentzündung
- chronische Infekte
- Mittelohrentzündung
- andere.....

---

**Operationen:**  Nasen-Polypen  Hals-Mandeln wann? .....

Aktuelle Behandlung:

- Medikamente zum Einnehmen (welche?): .....
- Medikamente zum Inhalieren (welche?): .....
- Hyposensibilisierung (womit, wann?): .....
- Kuraufenthalte (wo, wann?): .....  mit Schulung

---

**Welche Allergiebeschwerden haben leibliche Familienangehörige?**

- Mutter: .....
- Vater: .....
- Geschwister: .....

---

**Rauchen Sie/Ihr Kind (Patient)?  
Oder ein Familienangehöriger?**

- nein  ja wie viele/Tag? .....
- nein  ja wie viele/Tag? .....

---

**Ausgefüllt von**  Patient  Mutter  Vater  .....

## Datenschutz

Name: ..... Vorname: .....Geb.- Datum: .....

Kinderarzt bzw. Hausarzt: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die

**Praxis Dr. med. Koffler & Kollegen**  
**Zollgasse11, 55130 Mainz**

Meinem oben genannten Kinderarzt/Hausarzt erhobene Behandlungsdaten in Form eines Arztberichtes zukommen lassen darf und bei Bedarf, Befunde zum Zweck der führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung, bei meinem Kinderarzt/Hausarzt Kollegen anfordern darf.

JA       NEIN

Im Falle einer Anforderung von Befunden per Email wurde ich darüber informiert das die Übermittlung nicht verschlüsselt erfolgt und es nicht ausgeschlossen werden kann das dritte Personen die Email mitlesen können. Ich bin dennoch bei Bedarf mit der Übermittlung (Anforderung des Patienten vorausgesetzt) einverstanden.

JA       NEIN

Mit der Abholung von Rezepten, Befunden oder anderer Unterlagen, von der von mir beauftragten Person bin ich einverstanden. (Die Abgabe von Rezepten, Befunden und Unterlagen setzt die Vorlage der Versichertenkarte und einer schriftlichen Vollmacht voraus)

JA       NEIN

**Mit ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.**

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigter