

# Allergie-Fragebogen für Kinder und Jugendliche

Name:		Vorname:	
Geb.-Dat.:	Tel.:	Datum:	

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

**Allergische Erkrankungen muss man vermuten bei:**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● häufigem Jucken der Haut, der Nase, der Augen</li> <li>● Nesselfieber bzw. Rötungen und Schwellungen der Haut</li> <li>● Bindehautentzündungen der Augen</li> <li>● wiederholt auftretendem Schnupfen oder einer verstopften Nase</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● häufigen Erkältungsneigungen und Husten</li> <li>● anfallsweise Kopfdruk oder Kopfschmerz</li> <li>● anfallsweise Erbrechen oder Durchfall</li> <li>● Jucken im Pobereich</li> <li>● Gelenkbeschwerden mit Schwellungen und Rötungen</li> </ul> |
|---|--|

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

1. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen:	nein	ja
a Milchschorf, häufige Hautentzündungen im Windelbereich, Ekzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Nesselsucht, Quaddeln und Rötungen der Haut, Juckreiz der Lippen, der Augen, im Rachen, im Pobereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Schwellung der Augenlider, der Augenpartie, des Mundbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d häufiger Husten als Säugling / Kleinkind, Bronchitis, Reizhusten, Krupphusten, spastische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Pfeifen und Röcheln in den Bronchien, Atembeklemmung, Atemnot, Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Häufiger Schnupfen, verstopfte Nase, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Niesanfälle mehr als 5mal nacheinander, Stockschnupfen, Polypen im Nasen-/Rachenraum, vergrößerte Mandeln und Mandelentzündungen, mehr als 6mal fieberhafte Erkältungskrankheiten im Jahr, Kieferhöhlen-/Stirnhöhlenentzündungen, Stirnkopfschmerz, halbseitiger Kopfschmerz, Migräne, Lichtempfindlichkeit, Lichtscheu, Augentränen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Magen-, Bauch-, Darmbeschwerden, häufige Durchfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Besteht oder bestanden Wurmerkrankungen? Wenn ja, wurde eine Wurmkur durchgeführt? Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf?</b> morgens / am Vormittag / am Abend / beim Einschlafen / nachts zu bestimmten Zeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Sind die Beschwerden in bestimmten Monaten am schlimmsten</b> Januar      April      Juli      Oktober Februar      Mai      August      November März      Juni      September      Dezember      oder bei Beginn der Heizperiode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Seit wieviel Monaten / Jahren bestehen die Beschwerden</b> _____ Jahre      _____ Monate		
<b>5. Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a in Haus / Küche / Kinderzimmer / Keller / Dachboden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b in Scheune / Tierstall / Garten / Feld / Wiesen / Wald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c bei bestimmten Verwandten / Großeltern / Tanten / Onkeln / Freunden o. a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nein	ja
<b>6. Treten diese Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten vermehrt auf?</b> beim Spielen / Toben / Laufen / Rasenmähen / Fegen / Staubwischen / Bettenmachen / Teppichsaugen / bei bestimmten Hobbies _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Besteht zeitweilige oder völlige Beschwerdefreiheit?</b> In bestimmten Zimmern / Gebäuden / bei Verwandten / an der See / im Hochgebirge an feuchten Tagen / bei Regen / bei längerer Trockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Bestehen regelmäßige Tierkontakte?</b> in der Wohnung / im Haus / in der Scheune / bei Freunden / Nachbarschaft / Verwandten mit: Hund            Rind            Taube            Wellensittich Katze            Huhn            Kaninchen      Kanarienvogel Pferd            Ente            Goldhamster    Meerschweinchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Treten bei oder nach Tierkontakten deutliche Beschwerden auf?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Sind schon Unverträglichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel beobachtet worden oder bekannt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a Erdbeeren / Apfelsinen / andere Früchte _____ Nüsse / Nusspeisen / farbige Süßigkeiten / Eier / Milch / Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b bei Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c besteht Empfindlichkeit der Haut bei Pflaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Gab es vermehrt Schwellungen / Rötungen / anhaltendes Jucken o.a. Reaktionen, z.B. Atemnot bei Insektenstichen / -bissen?</b> Mücke / Floh / Biene / Wespe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. Wurden empfindliche Reaktionen der Haut beim Tragen von Kleidungsstücken aus Wolle / Pelz / Baumwolle / Kunstfaser / Federn beobachtet?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Ist das Bett (Kopfkissen, Bettdecke) aus Federn / Daunen / Wolle / Kunstfasern – die Matratze / Unterlage aus Seegras / Rosshaar / Kapok?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. Gibt es bei den Blutsverwandten die bisher beschriebenen Auffälligkeiten / Beschwerden?</b> Großmutter / Großvater / Mutter / Vater / Bruder / Schwester / Tante / Onkel Cousine / Cousin – mütterlicher- / väterlicherseits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15. Wohnt die Familie im feuchten Altbau / Bauernhaus – beobachten Sie im Hause Stockflecken / Schimmel hinter Bildern / an Wänden in nicht beheizten Räumen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16. Wohnen Sie in der Nähe bzw. umgeben von Wiesen / Feldern / Wald, staub- und geruchsbelästigenden Unternehmen / Industrie?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17. Wurden schon häufig / regelmäßig gegen diese Beschwerden lindernde Medikamente eingenommen?</b> Welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18. Wurde schon einmal ein Allergietest durchgeführt?</b> Von wem: _____                      Ergebnis: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19. Wurde schon eine Hypo-/Desensibilisierung versucht?</b> Womit: _____                      Besserung: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: