

ALLERGIE-FRAGEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE



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:

- häufigem Jucken der Haut, der Nase, der Augen
- Nesselfieber bzw. Rötungen und Schwellungen der Haut
- Bindehautentzündungen der Augen
- wiederholt auftretendem Schnupfen oder einer verstopften Nase
- Gelenkbeschwerden mit Schwellungen und Rötungen
- häufigen Erkältungsneigungen und Husten
- anfallsweise Kopfdruck oder Kopfschmerz
- anfallsweise Erbrechen oder Durchfall
- Jucken im Poberiech

Bitte lesen Sie diesen Fragebogen in Ruhe durch und beantworten Sie Fragen durch Ankreuzen und Ausfüllen

Nachname:*

Vorname:*

Geburtsdatum:*

E-Mail: *

Anschrift (Straße / PLZ / Wohnort):*

Telefon:*

1. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen:

- a) Milchschorf, häufige Hautentzündungen im Windelbereich, Ekzem
- b) Nesselsucht, Quaddeln und Rötungen der Haut, Juckreiz der Lippen, der Augen, im Rachen, im Poberiech
- c) Schwellung der Augenlider, der Augenpartie, des Mundbereichs
- d) häufiger Husten als Säugling / Kleinkind, Bronchitis, Reizhusten, Krupphusten, spastische Bronchitis
- e) Pfeifen und Röcheln in den Bronchien, Atembeklemmung, Atemnot, Asthma
- f) Häufiger Schnupfen, verstopfte Nase, Heuschnupfen
- g) Niesanfalle 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
- h) Magen-, Bauch-, Darmbeschwerden, häufige Durchfälle
- i) Besteht oder bestanden Wurmerkrankungen?
Wenn ja, würde eine Wurmkur durchgeführt? Wann?

ja nein

2. Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf?

morgens am Vormittag am Abend beim Einschlafen nachts zu bestimmten Zeiten

ja nein

3. Sind die Beschwerden in bestimmten Monaten am schlimmsten?

Januar	April	Juli	Oktober
Februar	Mai	August	November
März	Juni	September	Dezember

oder bei Beginn der Heizperiode?

4. Seit wieviel Monaten / Jahren bestehen die Beschwerden?

Jahre Monate

5. Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?

- a) im Haus Küche Kinderzimmer Keller Dachboden
- b) in der Scheune Tierstall Garten Feld Wiesen Wald
- c) bei bestimmten Verwandten Großeltern Tanten Onkeln Freunden o.a

6. Treten diese Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten vermehrt auf?

beim Spielen Toben Laufen Rasenmähen
 Staubwischen Bettenmachen Teppichsaugen Fegen

7. Besteht zeitweilige oder völlige Beschwerdefreiheit?

In bestimmten Zimmern Gebäuden bei Verwandten Rasenmähen
 an feuchten Tagen Bettenmachen Teppichsaugen Fegen
 bei bestimmten Hobbies:

8. Bestehen regelmäßige Tierkontakte?

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

ja nein

9. Treten bei oder nach Tierkontakten deutliche Beschwerden auf?

10. Sind schon Unverträglichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel beobachtet worden oder bekannt?

- a) Erdbeeren Apfelsinen andere Früchte:
Nüsse Nußspeisen farbige Süßigkeiten
Eier Milch Fisch

b) bei Medikamenten

b) besteht Empfindlichkeit der Haut bei Pflaste

11. Gab es vermehrt:

- Schwellungen Rötungen anhaltendes Jucken o.a. Reaktionen
z.B. Atemnot bei Insektenstichen / -bissen?
Mücke Floh Biene Wespe

12. Wurden empfindliche Reaktionen der Haut beim Tragen von Kleidungsstücken folgen Materialien beobachtet?

- Wolle Pelz Baumwolle Kunstfaser Federn

13. Ist das Bett (Kopfkissen, Bettdecke) aus:

- Federn Daunen Wolle Kunstfasern

Ist die Matratze / Unterlage aus:

- Seegras Roßhaar Kapok

14. Gibt es bei den Blutsverwandten die bisher beschriebenen Auffälligkeiten / Beschwerden?

- Großmutter Großvater Mutter Vater Bruder
Schwester Tante Onkel Cousine Cousin
mütterlicherseits väterlicherseits

ja nein

15. Wohnt die Familie in einem feuchten Altbau / Bauernhaus:

beobachten Sie im Hause:

Stockflecken Schimmel hinter Bildern an Wänden in nicht beheizten Räumen

16. Wohnen Sie in der Nähe bzw. umgeben von:

Wiesen Feldern Wald Industrie
staub- und geruchsbelästigenden Unternehmen

17. Wurden schon häufig / regelmäßig gegen diese Beschwerden lindernde Medikamente eingenommen?

Welche:

18. Wurde schon einmal ein Allergietest durchgeführt?

Von wem:

Ergebnis:

19. Wurde schon eine Hypo- / Desensibilisierung versucht?

Womit:

Besserung:

Frankfurt am Main, den *

Optional: Digitale Unterschrift Patient/in, Sorgeberechtigter.

Tag Monat Jahr

und/oder