

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:

- 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
- häufigen Erkältungsneigungen und Husten
- anfallsweise Kopfdruck oder Kopfschmerz
- anfallsweise Erbrechen oder Durchfall
- Jucken im Pobereich
- Gelenkbeschwerden mit Schwellungen und Rötungen

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

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 Kieferhöhlen-/Stirnhöhlenentzündungen mehr als 6mal fieberhafte Erkältungskrankheiten im Jahr Stirnkopfschmerz halbseitiger Kopfschmerz Migräne Lichtempfindlichkeit Lichtscheu Augentränen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Magenbeschwerden Bauchbeschwerden 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"/>
2. Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf? morgens am Vormittag am Abend beim Einschlafen nachts zu bestimmten Zeiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seit wieviel Monaten / Jahren bestehen die Beschwerden _____ Jahre _____ Monate			
5. Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?		<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
6.	Treten diese Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten vermehrt auf? beim Spielen Toben Laufen Rasenmähen Fegen Staubwischen Bettenmachen Teppichsaugen bei bestimmten Hobbies _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Besteht zeitweilige oder völlige Beschwerdefreiheit? 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"/>
8.	Bestehen regelmäßige Tierkontakte? in der Wohnung im Haus in der Scheune bei Freunden in der Nachbarschaft bei Verwandten mit: Hund Rind Taube Wellensittich Katze Huhn Kaninchen Kanarienvogel Pferd Ente Goldhamster Meerschweinchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Treten bei oder nach Tierkontakten deutliche Beschwerden auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Sind schon Unverträglichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel beobachtet worden oder bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a	Erdbeeren Apfelsinen andere Früchte _____ Nüsse Nussspeisen 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"/>
11.	Gab es vermehrt Schwellungen Rötungen anhaltendes Jucken o.a. Reaktionen z.B. Atemnot bei Insektenstichen / -bissen? Mücke Floh Biene Wespe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Wurden empfindliche Reaktionen der Haut beim Tragen von Kleidungsstücken aus Wolle Pelz Baumwolle Kunstfaser Federn beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ist das Bett (Kopfkissen, Bettdecke) aus Federn Daunen Wolle Kunstfasern – die Matratze / Unterlage aus Seegras Rosshaar Kapok?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Gibt es bei den Blutsverwandten die bisher beschriebenen Auffälligkeiten / Beschwerden? Großmutter Großvater Mutter Vater Bruder Schwester Tante Onkel Cousine Cousin – mütterlicherseits Cousin – väterlicherseits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Wohnt die Familie im feuchten Altbau / Bauernhaus – beobachten Sie im Hause Stockflecken Schimmel hinter Bildern an Wänden in nicht beheizten Räumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Wohnen Sie in der Nähe bzw. umgeben von Wiesen Feldern Wald staub- und geruchsbelästigenden Unternehmen Industrie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Wurden schon häufig / regelmäßig gegen diese Beschwerden lindernde Medikamente eingenommen? Welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Wurde schon einmal ein Allergietest durchgeführt? Von wem: _____ Ergebnis: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Wurde schon eine Hypo-/Desensibilisierung versucht? Womit: _____ Besserung: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: