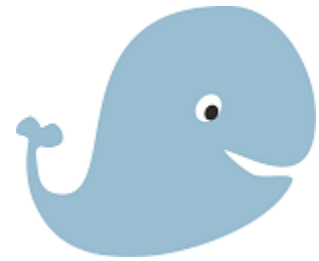


Dr.med.Sarah Krull
 FÄ für Kinder - und
 Jugendmedizin
 Gerikestraße.2
 39340 Haldensleben
 Tel.: 03904/2292
 Fax: 03904/499070
 E-Mail: info@kinderarzt-
 haldensleben.de
 www.kinderarzt-haldensleben.de



Datum:

Allergie-Fragebogen

Name: Vorname: Geb.- Datum:

Wiederholt beobachtete Beschwerden (Bitte die Hauptbeschwerden unterstreichen):

- | | | |
|--|-------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Augenentzündung, -juckreiz | seit: | Lebensjahr |
| <input type="checkbox"/> Niesanfalle, 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:

ganzjährig gleich Tageszeit?.....

überwiegend in bestimmten Monaten:

Sind folgende Situationen an den Beschwerden beteiligt?

- | | |
|--|--|
| Infektion/Fieber:
<input type="checkbox"/> häufig mit Fieber
<input type="checkbox"/> gelegentlich
<input type="checkbox"/> nie mit Fieber | Tageszeit:
<input type="checkbox"/> nachts von bis
<input type="checkbox"/> morgens nach dem Aufstehen
<input type="checkbox"/> tagsüber |
|--|--|

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <u>Im Urlaub (wo):</u> | <u>Nach Wohnungswechsel:</u> | <u>Bei Besuch:</u> | <u>Bei körperlicher Belastung:</u> |
| <input type="checkbox"/> schlechter:
<input type="checkbox"/> besser: | <input type="checkbox"/> schlechter
<input type="checkbox"/> besser | <input type="checkbox"/> Großeltern
<input type="checkbox"/> Verwandte | <input type="checkbox"/> schlechter
<input type="checkbox"/> 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 | Teppichböden(wo): |
| <input type="checkbox"/> ländliche Umgeb. | <input type="checkbox"/> Neubau | <input type="checkbox"/> trocken | glatte Böden(wo): |

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"/> Wolldecke |
| <input type="checkbox"/> Schaumgummimatratze | <input type="checkbox"/> antiallergische Bezüge | <input type="checkbox"/> Kunstfaserdecke |

Nahrungsmittel:

Besteht eine Abneigung oder Unverträglichkeit auf folgende Nahrungsmittel?

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Käse | <input type="checkbox"/> Kernobst (Äpfel, Birnen) | <input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte |
| <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Nüsse | <input type="checkbox"/> Steinobst (z.B. Pfirsiche) | <input type="checkbox"/> Orangen und Zitrusfrüchte |
| <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Erdnüsse | <input type="checkbox"/> Kiwi | <input type="checkbox"/> andere (z.B. Gemüse/Kräuter):..... |

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Ausschlag | <input type="checkbox"/> Erbrechen, Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Reizung im Mund/Hals | <input type="checkbox"/> örtliche Schwellung | |
| <input type="checkbox"/> Asthma/ Atemenge | <input type="checkbox"/> Fließschnupfen | <input type="checkbox"/> andere: |

Medikamente:

Welche Medikamente wurden nicht vertragen?(bitte mit Zeitangabe)

Bei Reaktionen nach Medikamenten: Welche Reaktionen traten auf?

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausschlag | <input type="checkbox"/> Asthma/Atemnot | <input type="checkbox"/> örtliche Schwellung | <input type="checkbox"/> Fieber |
|------------------------------------|---|--|---------------------------------|

Frühere Erkrankungen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Milchschorf/Ekzem | <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> RSV Infektionen |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> örtliche Schwellungen | <input type="checkbox"/> Neigung zu Erkältung |
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung |
| <input type="checkbox"/> chronische Infekte | <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> 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)? nein ja wie viele/Tag?

Oder ein Familienangehöriger? nein ja wie viele/Tag?

Ausgefüllt von Patient Mutter Vater