

# Allergie-/Asthma-Ersterhebungsbogen



---

Name des Kindes

Geburtsdatum

---

Anschrift

---

Name des Erziehungsberechtigten

Telefonnummer

---

Krankenkasse mit Kassen-IK und Versicherungsnummer

- Vorbefunde wie Allergiediagnostik etc. sowie alle aktuellen Medikamente und Inhalierhilfen bitte mitbringen.
- Am Tag der Testung sollen keine Medikamente inhaliert werden.
- Sportschuhe für den Fall eines Belastungstests sind ebenfalls notwendig.

Liebe Patienten!

## **Bevor es los geht, ein Hinweis in eigener Sache:**

Fachärztliche Anamnese sind zeitaufwendig - deshalb reservieren wir pro Patient **bis zu zwei Stunden unserer Sprechstundenzeit**.

Sollten Sie solch einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden zuvor ab!

**Bei Nichtabsage erhalten Sie eine Privatrechnung in Höhe von 60,- Euro für die Ausfallentschädigung!**

Zur Kenntnis genommen,

---

*Datum und Unterschrift*

*Wir bitten Sie, uns diesen ausgefüllten Bogen umgehend zuzusenden.*



**Nahrungsmittelbedingte Verschlechterung:**  ja  nein

**Milchschorf:**  ja  nein

**Atopische Dermatitis (Neurodermitis):**  ja, seit:  nein

**Lokalisation der atopischen Dermatitis bei Beginn:** \_\_\_\_\_

**Aktuelle Lokalisation der atopischen Dermatitis:** \_\_\_\_\_

### Sonstige Vorerkrankungen:

---

**Operationen**  keine Operation  ja, was und wann: \_\_\_\_\_

**Adenoide Vegetationen (Polypen) entfernt:**  nein  ja, wann und wo: \_\_\_\_\_

**Mandeln entfernt:**  nein  ja, wann und wo: \_\_\_\_\_

**Paukenröhrchen-Anlage:**  nein  ja, wann und wo: \_\_\_\_\_

**Impfstatus gem. STIKO:**  nein  ja

### Aktueller Vorstellungsgrund:

---

Warum möchten Sie Ihr Kind vorstellen?

---



---

### Allergische Komponenten:

---

**Beschwerden bei Pollenflug:**  ja  nein

**In welchen Monaten?** \_\_\_\_\_

Tränende/gerötete Augen  allergischer Schnupfen  pfeifende Atmung

**Nächtlicher Husten:**  ja  nein

**Behinderte Nasenatmung:**  ja  nein

- Schnarchen (auch ohne Infekt):**  ja  nein
- Allergische Reaktion nach Genuss von Nahrungsmitteln:**  ja | Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  nein
- Zeitweilig Beschwerdefreiheit:**  ja | Wenn ja, Dauer: \_\_\_\_\_  nein  
 kürzer als 2 Monate  länger als 2 Monate
- Urtikaria (Nesselsucht):**  ja  nein
- Allergien bekannt:**  ja | Wenn ja, gegen was: \_\_\_\_\_  nein

### Bisherige Diagnostik:

---

- Haut-Allergietest:**  nein  ja Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Blut-Allergietest:**  nein  ja Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Lungenfunktion:**  nein  ja Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Schweißtest:**  nein  ja Ergebnis: \_\_\_\_\_

### Hyposensibilisierung:

---

- wurde bisher nicht durchgeführt  wird durchgeführt gegen: \_\_\_\_\_  
seit: \_\_\_\_\_
- Falls durchgeführt/geplant:  mit Spritzen  mit Tropfen  mit Tabletten

### Infektkomponente:

---

- Anzahl Infekte pro Jahr:** \_\_\_\_\_ **Fieberhafte Infekte pro Jahr:** \_\_\_\_\_
- Infekte dauerhaft über das ganze Jahr:**  ja  nein
- Anzahl Antibiotikabehandlung im letzten Jahr:** \_\_\_\_\_
- Bei Infekten auch pfeifende Atmung:**  ja  nein
- Infektfreies Intervall im Winter nur wenige Wochen:**  ja | wenn ja, wie lange: \_\_\_\_\_  nein
- Nächtliches Schnarchen:**  ja  nein
- Vermehrte Mundatmung:**  ja  nein
- Nächtliche Atempausen (Apnoen):**  ja  nein
- Pseudokrupp-Husten:**  ja | wie häufig: \_\_\_\_\_  nein

**Häufige Mittelohrentzündungen:**  ja | wie viele bisher: \_\_\_\_\_  nein

**Häufige Mandelentzündungen:**  ja | wie viele bisher: \_\_\_\_\_  nein

**Kiefer-/Stirnhöhlenentzündungen:**  ja | wie viele bisher: \_\_\_\_\_  nein

**Ernsthafte bakterielle Infektionen wie Hirnhautentzündungen oder bakterielle Hauterkrankungen sowie stationär zu behandelnde Lungenentzündungen:**  ja | wann und wo stationär: \_\_\_\_\_  nein

### Anstrengungskomponente:

betreibt nur Schulsport     macht wenig Sport     macht regelmäßig Sport

Welche Sportart: \_\_\_\_\_  wie oft pro Woche: \_\_\_\_\_

### Bei Sport/Laufbelastung bzw. beim Spielen oder Toben kommt es zu:

Husten     pfeifender Atmung     Atemnot

**Vor Sport wird regelmäßig mit Salbutamol inhaliert:**  ja     nein

### Unspezifische Komponente:

**Abhängigkeit der Beschwerden von der Tageszeit:**  ja     nein

**Falls ja,**  nachts stärker     vermehrt nachts  
 tagsüber stärker     v.a. bei Infekten

**Abhängigkeit der Beschwerden von der Jahreszeit:**  ja     nein  
 im Herbst/Winter  
 vermehrt im Sommer

**Verschlechterung bei feucht-kaltem Wetter:**  ja     nein

**Rauchen:**  Eltern sind Nichtraucher     Mutter ist Raucherin     Nikotinkonsum/Tag:  
 Vater ist Raucher

**Das Rauchen führt beim Kind zu Atemwegssymptomen:**  ja     nein

### Psychische Faktoren:

#### Zusammenhang der Beschwerden mit Konfliktsituationen/seelischer Belastung:

ja     nein

## Inhalationstherapie:

---

### Inhalationstherapie zu Beginn der Beschwerden:

Seit wann: \_\_\_\_\_ Womit: \_\_\_\_\_

Wie oft am Tag: \_\_\_\_\_ Dosierung/Menge: \_\_\_\_\_

### Inhalationstherapie im Verlauf:

Seit wann: \_\_\_\_\_ Womit: \_\_\_\_\_

Wie oft am Tag: \_\_\_\_\_ Dosierung/Menge: \_\_\_\_\_

### Aktuelle Inhalationstherapie:

Seit wann: \_\_\_\_\_ Womit: \_\_\_\_\_

Wie oft am Tag: \_\_\_\_\_ Dosierung/Menge: \_\_\_\_\_

### Welche Inhalationshilfe wird angewendet:

- Aerochamber     Vortex     RC Spacechamber     PARI-Boy/Vernebler  
 mit Maske     mit Mundstück

### Therapieversuch mit Montelukast (Singulair):

- ja     nein  
 mit Erfolg     ohne Erfolg

## Umgebungsanamnese:

---

### Familie wohnt in einer/einem:

- Einfamilienhaus     Mehrfamilienhaus     Wohnung

### Tierkontakt:

- kein regelmäßiger Tierhaar- oder Feder-Kontakt

### Regelmäßiger Tierkontakt zu:

- Tauben     Vögeln     Hund     Katze     Pferd

### Andere Tiere:

\_\_\_\_\_

### Kontakt pro Woche:

\_\_\_\_\_

### Alter der Matratze:

\_\_\_\_\_

### Material:

- Schaumstoff     Latex     Rosshaar     anderes Material

### Bettzeug aus Federn:

- ja     nein

### Kuscheltiere im Bett:

- ja     nein    Anzahl: \_\_\_\_\_

### Waschbar bei 60°:

- ja     nein

### Das Kind schläft:

- ausschließlich im eigenen Zimmer und im eigenen Bett  
 im gemeinsamen Kinderzimmer im eigenen Bett  
 regelmäßig im Elternbett

Das eigene Bett ist bezüglich Hausstaubmilben saniert (Encasings).

Alle Betten der Familie sind bezüglich der Hausstaubmilben saniert (Encasings).

### In der Wohnung befinden sich:

- Topfpflanzen     Gardinen     offene Regale  
 Teppiche  
 Schimmelpilz | Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

## Hinweise auf Tuberkulose:

---

Hat Ihr Kind Kontakt zu infektiöser Tuberkulose:  ja  nein

Ist jemand aus der Familie, Ihr Kind eingeschlossen, in einem Land mit hoher Tuberkulose-Häufigkeit (z.B. Afrika, Asien, Osteuropa, Russland) geboren oder hat sich innerhalb der letzten 2 Jahre für längere Zeit dort aufgehalten:

ja  nein

Hat Ihr Kind regelmäßig Kontakt zu Risikopopulationen (Obdachlose, Personen in Asylheimen, Drogenabhängige):  ja  nein

Hat Ihr Kind eine HIV-Infektion oder einen Immundefekt:  ja  nein

## Familienanamnese:

---

Erkrankungen aus dem allergischen Formenkreis (Neurodermitis, Asthma bronchiale, Heuschnupfen, Allergien) in der Familie (bei Eltern oder Geschwisterkindern):

ja  nein

Bei wem und was: \_\_\_\_\_