

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 <input type="checkbox"/> Milchschorf <input type="checkbox"/> häufige Hautentzündungen im Windelbereich <input type="checkbox"/> Ekzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b <input type="checkbox"/> Nesselsucht <input type="checkbox"/> Quaddeln und Rötungen der Haut <input type="checkbox"/> Juckreiz der Lippen <input type="checkbox"/> der Augen <input type="checkbox"/> im Rachen <input type="checkbox"/> im Pobereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c <input type="checkbox"/> Schwellung der Augenlider <input type="checkbox"/> der Augenpartie <input type="checkbox"/> des Mundbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d <input type="checkbox"/> häufiger Husten als Säugling / Kleinkind <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> Reizhusten <input type="checkbox"/> Krupphusten <input type="checkbox"/> spastische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e <input type="checkbox"/> Pfeifen und Röcheln in den Bronchien <input type="checkbox"/> Atembeklemmung <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f <input type="checkbox"/> Häufiger Schnupfen <input type="checkbox"/> verstopfte Nase <input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g <input type="checkbox"/> Niesanfälle mehr als 5mal nacheinander <input type="checkbox"/> Stockschnupfen <input type="checkbox"/> Polypen im Nasen-/Rachenraum <input type="checkbox"/> vergrößerte Mandeln und Mandelentzündungen <input type="checkbox"/> Kieferhöhlen-/Stirnhöhlenentzündungen <input type="checkbox"/> mehr als 6mal fieberhafte Erkältungskrankheiten im Jahr <input type="checkbox"/> Stirnkopfschmerz <input type="checkbox"/> halbseitiger Kopfschmerz <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Lichtscheu <input type="checkbox"/> Augentränen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden <input type="checkbox"/> Bauchbeschwerden <input type="checkbox"/> Darmbeschwerden <input type="checkbox"/> häufige Durchfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Besteht oder bestanden Wurmerkrankungen? Wenn ja, wurde eine Wurmkur durchgeführt? Wann? <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf? <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> am Vormittag <input type="checkbox"/> am Abend <input type="checkbox"/> beim Einschlafen <input type="checkbox"/> nachts zu bestimmten Zeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind die Beschwerden in bestimmten Monaten am schlimmsten <input type="checkbox"/> Januar <input type="checkbox"/> April <input type="checkbox"/> Juli <input type="checkbox"/> Oktober <input type="checkbox"/> Februar <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> August <input type="checkbox"/> November <input type="checkbox"/> März <input type="checkbox"/> Juni <input type="checkbox"/> September <input type="checkbox"/> Dezember <input type="checkbox"/> oder bei Beginn der Heizperiode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seit wieviel Monaten / Jahren bestehen die Beschwerden <input style="width: 40px;" type="text"/> Jahre <input style="width: 40px;" type="text"/> Monate		
5. Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a <input type="checkbox"/> in Haus <input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> Kinderzimmer <input type="checkbox"/> Keller <input type="checkbox"/> Dachboden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b <input type="checkbox"/> in Scheune <input type="checkbox"/> Tierstall <input type="checkbox"/> Garten <input type="checkbox"/> Feld <input type="checkbox"/> Wiesen <input type="checkbox"/> Wald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c bei bestimmten Verwandten <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> Tanten <input type="checkbox"/> Onkeln <input type="checkbox"/> Freunden o. a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nein	ja
6. Treten diese Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten vermehrt auf? <input type="checkbox"/> beim Spielen <input type="checkbox"/> Toben <input type="checkbox"/> Laufen <input type="checkbox"/> Rasenmähen <input type="checkbox"/> Fegen <input type="checkbox"/> Staubwischen <input type="checkbox"/> Bettenmachen <input type="checkbox"/> Teppichsaugen <input type="checkbox"/> bei bestimmten Hobbies <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Besteht zeitweilige oder völlige Beschwerdefreiheit? <input type="checkbox"/> In bestimmten Zimmern <input type="checkbox"/> Gebäuden <input type="checkbox"/> bei Verwandten <input type="checkbox"/> an der See <input type="checkbox"/> im Hochgebirge <input type="checkbox"/> an feuchten Tagen <input type="checkbox"/> bei Regen <input type="checkbox"/> bei längerer Trockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bestehen regelmäßige Tierkontakte? <input type="checkbox"/> in der Wohnung <input type="checkbox"/> im Haus <input type="checkbox"/> in der Scheune <input type="checkbox"/> bei Freunden <input type="checkbox"/> in der Nachbarschaft <input type="checkbox"/> bei Verwandten mit: <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Rind <input type="checkbox"/> Taube <input type="checkbox"/> Wellensittich <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Huhn <input type="checkbox"/> Kaninchen <input type="checkbox"/> Kanarienvogel <input type="checkbox"/> Pferd <input type="checkbox"/> Ente <input type="checkbox"/> Goldhamster <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Erdbeeren <input type="checkbox"/> Apfelsinen <input type="checkbox"/> andere Früchte <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Nüsse <input type="checkbox"/> Nusspeisen <input type="checkbox"/> farbige Süßigkeiten <input type="checkbox"/> Eier <input type="checkbox"/> Milch <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Schwellungen <input type="checkbox"/> Rötungen <input type="checkbox"/> anhaltendes Jucken <input type="checkbox"/> o.a. Reaktionen, z.B. Atemnot bei Insektenstichen / -bissen? <input type="checkbox"/> Mücke <input type="checkbox"/> Floh <input type="checkbox"/> Biene <input type="checkbox"/> Wespe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wurden empfindliche Reaktionen der Haut beim Tragen von Kleidungsstücken aus <input type="checkbox"/> Wolle <input type="checkbox"/> Pelz <input type="checkbox"/> Baumwolle <input type="checkbox"/> Kunstfaser <input type="checkbox"/> Federn beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ist das Bett (Kopfkissen, Bettdecke) aus <input type="checkbox"/> Federn <input type="checkbox"/> Daunen <input type="checkbox"/> Wolle <input type="checkbox"/> Kunstfasern – die Matratze / Unterlage aus <input type="checkbox"/> Seegras <input type="checkbox"/> Rosshaar <input type="checkbox"/> Kapok?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Gibt es bei den Blutsverwandten die bisher beschriebenen Auffälligkeiten / Beschwerden? <input type="checkbox"/> Großmutter <input type="checkbox"/> Großvater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Tante <input type="checkbox"/> Onkel <input type="checkbox"/> Cousine <input type="checkbox"/> Cousin – mütterlicherseits <input type="checkbox"/> Cousin – väterlicherseits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wohnt die Familie im feuchten Altbau / Bauernhaus – beobachten Sie im Hause <input type="checkbox"/> Stockflecken <input type="checkbox"/> Schimmel hinter Bildern <input type="checkbox"/> an Wänden in nicht beheizten Räumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wohnen Sie in der Nähe bzw. umgeben von <input type="checkbox"/> Wiesen <input type="checkbox"/> Feldern <input type="checkbox"/> Wald, <input type="checkbox"/> staub- und geruchsbelästigenden Unternehmen <input type="checkbox"/> Industrie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wurden schon häufig / regelmäßig gegen diese Beschwerden lindernde Medikamente eingenommen? Welche: <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wurde schon einmal ein Allergietest durchgeführt? Von wem: <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/> Ergebnis: <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wurde schon eine Hypo-/Desensibilisierung versucht? Womit: <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/> Besserung: <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: