

Name, Geburtsdatum

Ausstellungsdatum

Fragebogen zur Anamnese allergischer Erkrankungen

Welche Beschwerden sind der Grund für den Arztbesuch?

Bestehen oder bestanden früher folgende Krankheitserscheinungen?

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> spastische Bronchitis als Kind | seit: |
| <input type="checkbox"/> Krupphusten als Kind | seit: |
| <input type="checkbox"/> Milchschorf, Säuglingsekzem | seit: |
| <input type="checkbox"/> Asthma, Atemnot, erschwertes Atmen | seit: |
| <input type="checkbox"/> Husten, Bronchitis, Reizhusten | seit: |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen, häufiger Schnupfen | seit: |
| <input type="checkbox"/> Niesanfälle (mehr als 5x nacheinander) | seit: |
| <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung, Stockschnupfen | seit: |
| <input type="checkbox"/> Kieferhöhlen-, Stirnhöhlenentzündung | seit: |
| <input type="checkbox"/> Augentränen, Augenjucken | seit: |
| <input type="checkbox"/> Schwellung von Augenpartien, Augenlidern | seit: |
| <input type="checkbox"/> Hautquaddeln, Urticaria, Nesselausschlag | seit: |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis, atopisches Ekzem | seit: |
| <input type="checkbox"/> Kontaktekzem (Schmuckekzeme) | seit: |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Beschwerden | seit: |
| <input type="checkbox"/> häufige fieberhafte Erkältungskrankheiten | seit: |

Leidet oder litt ein Verwandter an Atemwegs- oder Hautbeschwerden?

nein, nicht bekannt

ja, ich weiß von folgender Erkrankung bei dem angegebenen Verwandten:

- | | Asthma/Bronchitis | Heuschnupfen | Hauterkrankung |
|---|-------------------|--------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Vater | | | |
| <input type="checkbox"/> Mutter | | | |
| <input type="checkbox"/> Bruder | | | |
| <input type="checkbox"/> Schwester | | | |
| <input type="checkbox"/> andere Verwandte | | | |

Wie ist die Wohnung beschaffen?

Neubau Altbau Haus

Wann war Ihr Einzug in die jetzige Wohnung? Jahr _____

Wann treten die Hauptbeschwerden auf?

- die Beschwerden sind als Dauerbeschwerden während des ganzen Jahres vorhanden
- die Beschwerden treten in unregelmäßigen Abständen während des ganzen Jahres auf:
 - 1-4 x pro Jahr
 - 5 – 10 x pro Jahr
 - häufiger als 10 x im Jahr

In welchen Monaten treten regelmäßig Beschwerden auf / wann am schlimmsten?

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

Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten Tageszeit auf?

- wann:
- nein, die Beschwerden sind ständig vorhanden

Treten die Beschwerden vorwiegend an bestimmten Orten auf?

- nein, die Beschwerden sind ortsunabhängig
- ja, besonders starke Beschwerden treten an folgenden Orten auf:

Treten die Beschwerden vorwiegend bei bestimmten Tätigkeiten oder bestimmten Gerüchen auf?

- welche? _____

Bestehen (oder bestanden früher) Kontakte zu Tieren, z. Bsp. in der Wohnung, bei Verwandten, bei Freunden ? Wurden früher Tiere in der Wohnung gehalten?

- nein, Tierkontakt besteht weder heute noch in früheren Jahren
- ja, zu folgenden Tieren bestehen oder bestanden Kontakte / welches Jahr: _____
 - Hund
 - Katze
 - Pferd
 - Meerschwein
 - Maus/Ratte
 - Kaninchen
 - Wellensittich
 - Kanarienvogel
 - Aquarium
 - sonstige Tiere:

Sind bei Tierkontakten Beschwerden aufgetreten?

- nein, nicht aufgefallen
- ja, folgende Tiere: _____
Beschwerden: _____

Bestehen bei Nahrungsmitteln Abneigung (A) oder Unverträglichkeit (U)?

Bitte A oder U ankreuzen!

- nein, ist nicht aufgefallen

ja, ich habe eine Abneigung oder Unverträglichkeit beobachtet bei:

- | | | | |
|--|-----|--|-----|
| <input type="radio"/> Fisch | A/U | <input type="radio"/> Hasel- / Walnuss | A/U |
| <input type="radio"/> Muscheln/Krabben | A/U | <input type="radio"/> Sellerie | A/U |
| <input type="radio"/> Ei | A/U | <input type="radio"/> Kräuter/Gewürze | A/U |
| <input type="radio"/> Milch | A/U | <input type="radio"/> Kiwi | A/U |
| <input type="radio"/> Fruchtsäfte | A/U | <input type="radio"/> Apfel | A/U |
| <input type="radio"/> Pfirsich | A/U | <input type="radio"/> Kartoffeln | A/U |
| <input type="radio"/> Erbsen / Bohnen | A/U | <input type="radio"/> Soja | A/U |
| <input type="radio"/> Zitronen /Apfelsinen | A/U | <input type="radio"/> anderes: _____ | |

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente?

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche (Biene/Wespe)?

ja nein

Reaktionen: starke Schwellung (mehr als 5 cm) Atemnot Schwächeanfall
 Hautquaddeln am ganzen Körper

Ist bereits ein Allergietest durchgeführt worden?

nein

ja, Jahr _____, bei welchem Arzt/Klinik? _____

bei der Testung fanden sich keine Hinweise für eine Allergie

folgende Allergien wurden festgestellt: _____

Ist eine Hyposensibilisierung durchgeführt worden?

welche ?wogegen? _____

wann? _____

Wurden schon bestimmte Dinge abgeschafft? Erfolgte schon eine Wohnungssanierung?

welche? _____

Sind bereits Operationen durchgeführt worden?

nein

ja: Nasenpolypen - OP

Rachenmandel/Adenotomie

Paukenröhrchen - OP

sonstige:

Welche Behandlungen sind bisher erfolgt?

Wird im Haushalt geraucht?

ja nein

Schnarcht Ihr Kind?

ja seit: _____ nein

Welche Medikamente werden oder wurden zuletzt eingenommen / angewendet? Bitte alle angeben!

keine Medikamente

folgende Medikamente: _____

folgende Inhalation: _____

Bestand in Ihrer Familie Tuberkulosekontakt?

ja nein

Ist bei Ihrem Kind die Lunge geröntgt worden?

ja Jahr: _____ nein

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

_____ Monate

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt? Bitte Adresse angeben

Vielen Dank für Ihre Mühe!