

# Allergie-Fragebogen für die Anamnese

Vom Patienten oder den Eltern auszufüllen!

**Ihre Beschwerden (die Ihres Kindes) können allergischen Ursprungs sein, der auf bestimmte Stoffe Ihrer (des Kindes) Umgebung zurückzuführen ist. Um diese Allergieauslöser zu finden, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen gewissenhaft.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Beruf des Partners: \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_ Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

**Kreuzen Sie bitte an oder ergänzen Sie!**

## Gegenwärtige Beschwerden (Hauptbeschwerden unterstreichen):

- |                                                     |                                                  |                                                                              |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Augenentzündung seit _____ | <input type="checkbox"/> Schnupfen seit _____    | <input type="checkbox"/> Asthma-Anfälle: _____ mal/Jahr seit _____           |
| <input type="checkbox"/> Niesanfälle seit _____     | <input type="checkbox"/> Bronchitis seit _____   | <input type="checkbox"/> Schwellungen (z.B. Augen, Lippen, Zunge) seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Reizhusten seit _____      | <input type="checkbox"/> Nesselfieber seit _____ | <input type="checkbox"/> Magen-Darmbeschwerden (z.B. Durchfall) seit _____   |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme seit _____          |                                                  |                                                                              |

## Auftreten der Beschwerden:

- |                                                                                    |                                            |                                                                           |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> unregelmäßig                                              | <input type="checkbox"/> ganzjährig gleich | <input type="checkbox"/> ganzjährig mit jahreszeitlicher Verschlechterung |                                   |
| <input type="checkbox"/> überwiegend in bestimmten Monaten (bitte Monat ankreuzen) |                                            |                                                                           |                                   |
| <input type="checkbox"/> Januar                                                    | <input type="checkbox"/> Februar           | <input type="checkbox"/> März                                             | <input type="checkbox"/> April    |
| <input type="checkbox"/> Mai                                                       | <input type="checkbox"/> Juni              | <input type="checkbox"/> Juli                                             | <input type="checkbox"/> August   |
| <input type="checkbox"/> September                                                 | <input type="checkbox"/> Oktober           | <input type="checkbox"/> November                                         | <input type="checkbox"/> Dezember |

## Begünstigende bzw. auslösende Umstände

- |                                            |                                  |                                     |                                                     |
|--------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Fieber:</b>                             | <b>Wetter:</b>                   | <b>Ort:</b>                         | <b>Tageszeit:</b>                                   |
| <input type="checkbox"/> häufig mit Fieber | <input type="checkbox"/> feucht  | <input type="checkbox"/> Wiese/Feld | <input type="checkbox"/> nachts von ____ bis ____   |
| <input type="checkbox"/> gelegentlich      | <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> Wald       | <input type="checkbox"/> morgens nach dem Aufstehen |
| <input type="checkbox"/> nie mit Fieber    | <input type="checkbox"/> kalt    | <input type="checkbox"/> Schule     | <input type="checkbox"/> tagsüber                   |
|                                            | <input type="checkbox"/> windig  | <input type="checkbox"/> zu Hause   |                                                     |
|                                            | <input type="checkbox"/> neblig  | <input type="checkbox"/> im Keller  |                                                     |

## Kontakt mit:

- |                                      |                                        |                                |                                    |
|--------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heu         | <input type="checkbox"/> Mehl          | <input type="checkbox"/> Staub | <input type="checkbox"/> Kosmetika |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> andere Stoffe | welche? _____                  |                                    |

## Stimmungslagen:

- |                                    |                                              |                                           |
|------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aufregung | <input type="checkbox"/> seelische Belastung | <input type="checkbox"/> launenunabhängig |
|------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|

## Besteht Kontakt mit folgenden Tieren?

- |                                |                                          |                                    |                                    |
|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hund  | <input type="checkbox"/> Meerschweinchen | <input type="checkbox"/> Kaninchen | <input type="checkbox"/> Tauben    |
| <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Hamster         | <input type="checkbox"/> Rind      | <input type="checkbox"/> Ziervögel |
| <input type="checkbox"/> Pferd |                                          |                                    |                                    |

## Zeigen sich Beschwerden nach dem Kontakt mit Tieren?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

## Haben sich Beschwerden geändert?

- |                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Im Urlaub:</b>                   | <b>Nach Wohnungswechsel:</b>        | <b>Bei Besuch:</b>                  |
| <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> Großeltern |
| <input type="checkbox"/> besser     | <input type="checkbox"/> besser     | <input type="checkbox"/> Verwandte  |

## An bestimmten Orten:

- |                                            |                                    |                                |                                       |
|--------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zirkus            | <input type="checkbox"/> Bauernhof | <input type="checkbox"/> Stall | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz |
| <input type="checkbox"/> andere Orte _____ |                                    |                                |                                       |

## Beschaffenheit der Wohnung:

- |                                 |                                 |                                 |                                  |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Altbau | <input type="checkbox"/> Neubau | <input type="checkbox"/> feucht | <input type="checkbox"/> trocken |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

Bitte wenden!

**Einrichtung des Schlafzimmers:**

- |                                           |                                          |                                         |                                         |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teppichboden     | <input type="checkbox"/> Polstermöbel    | <input type="checkbox"/> Tierfelle      | <input type="checkbox"/> Stoffspielzeug |
| <input type="checkbox"/> schwere Vorhänge | <input type="checkbox"/> kleiner Teppich | <input type="checkbox"/> mehrere Betten | <input type="checkbox"/> Zentralheizung |

**Beschaffenheit des Bettes:**

- |                                            |                                              |                                      |                                   |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rosshaarmatratze  | <input type="checkbox"/> Schaumgummimatratze | <input type="checkbox"/> Federbett   | <input type="checkbox"/> Woldecke |
| <input type="checkbox"/> Federkernmatratze | <input type="checkbox"/> Federkissen         | <input type="checkbox"/> Daunendecke |                                   |

**Besteht eine Abneigung gegen oder Unverträglichkeit nach Genuss folgender Nahrungsmittel?**

- |                                |                                  |                                    |                                                       |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Käse    | <input type="checkbox"/> Erdbeeren | <input type="checkbox"/> Apfelsinen und Zitronen      |
| <input type="checkbox"/> Ei    | <input type="checkbox"/> Nüsse   | <input type="checkbox"/> Pfirsich  | <input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte (z.B. Erdnuss) |
| <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Tomaten | <input type="checkbox"/> Äpfel     | <input type="checkbox"/> andere Nahrungsmittel        |
| andere? _____                  |                                  |                                    |                                                       |

**Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?**

- |                                     |                                    |                                         |                                                |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine      | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Asthma         | <input type="checkbox"/> örtliche Schwellungen |
| <input type="checkbox"/> Durchfall  | <input type="checkbox"/> Ausschlag | <input type="checkbox"/> Fließschnupfen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen         |
| <input type="checkbox"/> Unwohlsein |                                    |                                         |                                                |

**Frühere Erkrankungen:**

- |                                                 |                                                             |                                                            |                                                |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milchschorf            | <input type="checkbox"/> Nesselfieber                       | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung                  | <input type="checkbox"/> örtliche Schwellungen |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme                 | <input type="checkbox"/> Reaktion auf Insektenstiche        | <input type="checkbox"/> chronische Infekte                | <input type="checkbox"/> Migräne               |
| <input type="checkbox"/> Neigung zu Erkältungen | <input type="checkbox"/> Krupp                              | <input type="checkbox"/> häufiges Erbrechen oder Durchfall | <input type="checkbox"/> Wurmbefall            |
| <input type="checkbox"/> Bronchitiden           | <input type="checkbox"/> Kiefer- bzw. Stirnhöhlenentzündung |                                                            |                                                |

**Operationen:**

- |                                  |                                  |                                        |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Polypen | <input type="checkbox"/> Mandeln | <input type="checkbox"/> andere: _____ |
| Wann? _____                      |                                  | Mit Erfolg? _____                      |

**Bisherige Behandlung?**

- |                                                              |                                                      |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medikamente (welche?): _____        |                                                      |
| <input type="checkbox"/> ohne Erfolg (welche?): _____        | <input type="checkbox"/> mit Erfolg (welche?): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hyposensibilisierung (wann?): _____ | <input type="checkbox"/> Kuraufenthalte (wo?): _____ |

**Welche Allergiebeschwerden haben andere Familienangehörige?**

- |                                        |                                             |
|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mutter: _____ | <input type="checkbox"/> Geschwister: _____ |
| <input type="checkbox"/> Vater: _____  | <input type="checkbox"/> Verwandte: _____   |

**Raucher?**

- |                                                                                |                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja    wieviel/Tag _____ <input type="checkbox"/> nein | Wird in der häuslichen Umgebung geraucht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Sportliche Betätigung:**

- |                                            |                               |
|--------------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> nein |
|--------------------------------------------|-------------------------------|

**Beschwerden nach körperlicher Belastung:**

- |                                            |                               |
|--------------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> nein |
|--------------------------------------------|-------------------------------|

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---