



Fragebogen zur Anamnese allergischer Atemwegserkrankungen

Name des Kindes: _____

Geb.: _____

Ausgefüllt am: _____

Bitte kreuzen Sie das entsprechende Kästchen so an

A. 1. Wer füllt den Fragebogen aus?

Patient Mutter Vater Sonstiger (Wer?) _____

2. Welche Beschwerden sind der Grund für den Allergietest? (Bitte alle Beschwerden angeben)

3. In welchem Alter sind die ersten Beschwerden aufgetreten? Mit _____ Jahren. Raum für Ergänzungen

B. Bestehen (oder bestanden früher) folgende Krankheitserscheinungen? (MM/JJJJ)

- | | | | |
|--------------------------|---|-------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Spastische Bronchitis als Kind | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 2. Krupphusten als Kind | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 3. Milchschorf als Säugling | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 4. Asthma, Atemnot, erschwertes Atmen | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 5. Husten, Bronchitis, Reizhusten | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 6. Heuschnupfen, häufiger Schnupfen | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 7. Niesanfälle (mehr als 5 nacheinander) | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 8. behinderte Nasenatmung, Rhinitis | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 9. Kieferhöhlen-, Stirnhöhlenentzündungen | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 10. Augentränen, Augenjucken | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 11. Schwellungen von Augenpartien und Augenlidern | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 12. Hautquaddeln, Urticaria, Nesselausschlag | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 13. Schwellung, Juckreiz von Lippen, Gaumen, Rachen | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 14. Neurodermitis, atopisches Ekzem | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 15. Kontaktekzem | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 16. Häufige fieberhafte Erkältungskrankheiten | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 17. Nasenpolypen | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 18. Magen-Darm-Beschwerden, Durchfallneigung | seit (von): _____ | bis: _____ |

C. Leidet oder litt ein Verwandter an Atemwegs- oder Hautbeschwerden?

Nein, nicht bekannt

Ja, ich weiß von folgender Erkrankung bei dem Verwandten: Bitte Art der Erkrankung angeben

Asthma, Bronchitis Heuschnupfen Hauterkrankungen
Sonstiges

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Wie ist die Wohnung beschaffen? Einzug in die jetzige Wohnung: _____ (Jahr)

Wohnung:

Altes Haus Neues Haus Kleinstadt Dorf, ländliche Umgebung Gas

(Küche/Heizung)

Schule / Kindergarten

Klimaanlage Teppichboden Sonstige Beobachtungen _____

E. Wann treten die Hauptbeschwerden auf? (Nur die am besten passende Frage ankreuzen!)

- Die Beschwerden sind als Dauerbeschwerden während des ganzen Jahres vorhanden.
- 1 – 4 x pro Jahr 5 – 10 x pro Jahr häufiger als 10 x pro Jahr
- Die Beschwerden treten zwar während des ganzen Jahres auf, sie sind aber in bestimmten Monaten regelmäßig schlimmer.
 - Januar Februar März April Mai Juni
 - Juli August September Oktober November Dezember
- Die Beschwerden treten ausschließlich in bestimmten Monaten auf.
Januar Februar März April Mai Juni Juli August September Oktober November Dezember

F. Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten Tageszeit auf?

- Ja _____ Nein

G. Treten die Beschwerden vorwiegend an bestimmten Orten auf?

- Nein, die Beschwerden sind ortsunabhängig.
- Ja, besonders die starken Beschwerden treten an folgenden Orten auf:
 - In der Wohnung (welche Räume: _____)
 - In Kindergarten / Schule
 - Bei Tierkontakt (Welche Tiere: _____)
 - Im Freien (Wiesen, Felder, Schwimmbad,) Ort: _____)
 - Sonstige Beobachtungen: _____

H. Treten die Beschwerden vorwiegend bei bestimmten Tätigkeiten auf?

- Nein, die Beschwerden sind nicht unmittelbar mit einer bestimmten Tätigkeit verbunden.
- Ja, besonders bei _____

I. Treten die Beschwerden bei intensivem Geruch, Dämpfen, Staub oder anderen Atemwegsreizungen auf?

- Nein
- Ja, die Beschwerden werden durch folgende Reize ausgelöst:

J. Sind bei Tierkontakten Beschwerden aufgetreten?

- Nein
- Ja, (Tiere: _____
Beschwerden: _____

K. Besteht zeitweilig eine völlige oder weitgehende Beschwerdefreiheit?

- Nein, es besteht nie Beschwerdefreiheit oder Besserung.
- Ja, besonders gut geht es mir bei folgenden Gelegenheiten:

L. Bestehen bei Nahrungsmitteln Unverträglichkeiten?

- Nein, ist nicht aufgefallen.
- Ja, ich vertrage folgende Nahrungsmittel nicht:

M. Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

- Keine Beschwerden
- Asthma, Atembeklemmungen
- Wässriger Schnupfen, Niesen
- Lippen-, Rachenschwellung
- Gaumen- Ohrenjucken
- Sonstige Beschwerden: _____
- Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
- Heftiger Kopfschmerz, Migräne
- Ekzem-Verschlimmerung
- Nesselsucht, Urticaria, Hautjucken

N. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente?

- Nein
- Ja, eine Überempfindlichkeit ist aufgefallen gegen: _____

O. Bestehen Hautallergien?

- Nein
- Ja, es kommt bei Kontakt mit folgenden Stoffen zu Hautjucken, Ekzemen oder Quaddeln:

P. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche (Biene, Wespe)?

- Nein
- Ja, es sind folgende Reaktionen nach dem Stich einer _____ aufgetreten:

Q. Ist bereits ein Allergietest durchgeführt worden? Testergebnis?

- Nein
- Ja, (Jahr _____, Arzt, Klinik _____)
- Das Testergebnis ist mir nicht bekannt.
- Bei der Testung fanden sich keine Hinweise für eine Allergie.
- Folgende Allergien wurden festgestellt. _____

R. Ist eine Hypersensibilisierung (= Desensibilisierung) durchgeführt worden?

- Nein
- Ja (Jahre: von _____ bis _____)
Gab es Besonderheiten? _____

S. Wurden bereits bestimmte Dinge abgeschafft? Wurde eine Wohnungssanierung durchgeführt?

- Nein
- Ja, folgende Dinge wurden abgeschafft:
 - Federbetten, Federkissen, Matratzen Wann? (Jahr _____)
 - Haustier (welches _____) Wann? (Jahr _____)
 - Sonstige Maßnahmen (was _____) Wann? (Jahr _____)
- Mit Erfolg (deutliche Besserung?) ohne Erfolg (unveränderte Beschwerden)

T. Sind Operationen im Hals-Nasen-Ohrenbereich durchgeführt worden?

- Nein
- Ja, folgende Operationen sind durchgeführt worden: (Jahr _____)

U. Welche sonstigen Maßnahmen wurden schon wegen der Erkrankung durchgeführt?

- Welche Ärzte wurden aufgesucht?
- Hausarzt Internist Homöopathischen Arzt
 - Lungenfacharzt Hautarzt Kurklinik, Spezialklinik
 - Hals-Nasen-Ohrenarzt Psychotherapeut Krankenhaus, stationär
 - Heilpraktiker Sonstige Ärzte, Kliniken: _____

Welche Behandlungsverfahren sind sonst noch durchgeführt worden?

- Akupunktur Autogenes Training Atemtherapie, Atemschule
 - andere Behandlung: _____
- Mit Erfolg? Nein Ja

V. Wie ist der Auswurf beschaffen?

- Es besteht nie Auswurf.
wann? _____ wie viel? _____ wie ist er beschaffen?
- Ganzjährig Sehr wenig Weißlich, zäh
- Einige Wochen im Jahr Reichlich Gelblich, grünlich
- Nur selten Sehr viel Blutig, bräunlich

W. Wird geraucht?

- Nein
- Ja, ich rauche (was?) _____ (wie viel?) _____ pro Tag, seit _____ (Jahr)
- Ja, ein anderes Mitglied des Haushalts raucht ständig/gelegentlich in der Wohnung.
Wer? Vater Mutter _____

X. Welche Medikamente werden oder wurden zuletzt eingenommen/angewendet?

Bitte sämtliche Mittel angeben!

- Keine Medikamente
- Folgende Medikamente:

Präparat (Name)	Dosis (Hübe, Tabletten, Anwendungen...) pro Tag	seit (Jahr)