

Allergie - Elternfragebogen

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: Mutter Vater Sonstiges: _____

Es besteht ein deutlicher Hinweis, dass es sich bei den Beschwerden Ihres Kind um eine allergische Erkrankung handeln könnte. Allergische Erkrankungen muss man vermuten bei:

- Häufigen 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 Erkältungen und Husten
- Anfallweise Kopfdruck oder Kopfschmerz
- Anfallsweise Erbrechen oder Durchfall
- Jucken im Pobereich
- Gelenkbeschwerden mit Schwellungen und Rötungen

1. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen:

- A Milchschorf häufige Hautentzündungen im Windelbereich Ekzem Nein
- B Nesselsucht Quaddeln und Rötungen auf der Haut Nein
 Juckreiz der Lippen der Augen im Rachen im Pobereich
- C Schwellung d. Augenlider der Augenpartie des Mundbereichs Nein
- D häufiger Husten als Säugling/Kleinkind Nein
 Bronchitis Reizhusten Krupphusten spastische Bronchitis
- E Pfeifen und Röcheln in den Bronchien Atembeklemmung Nein
 Atemnot Asthma
- F häufiger Schnupfen verstopfte Nase Heuschnupfen Nein
- G Niesanfälle mehr als 5-mal nacheinander Stockschnupfen Nein
 Polypen im Nasen-/Rachenraum
 vergrößerte Mandeln und Mandelentzündungen
 mehr als 6-mal fieberhafte Erkältungskrankheiten im Jahr
 Stirnkopfschmerzen halbseitiger Kopfschmerz Migräne
 Lichtempfindlichkeit Lichtscheu Augentränen

- H Bauchbeschwerden Nein
 Darmbeschwerden häufig Durchfall
- I Besteht oder bestanden Wurmerkrankungen? Ja Nein
Wenn ja, wurde eine Wurmkur durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____

2. Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf?

- morgens im Laufe des Vormittags am Abend Nein
 beim Einschlafen nachts zu bestimmten Zeiten

3. Sind die Beschwerden in bestimmten Monaten am schlimmsten?

- Januar Februar März April Mai Nein
 Juni Juli August September Oktober
 November Dezember bei Beginn der Heizperiode

4. Seit wie vielen Monaten/Jahren bestehen die Beschwerden?

_____ Jahre _____ Monate

5. Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?

- A Haus Küche Kinderzimmer Keller Dachboden Nein
B Scheune Tierstall Garten Feld Wiese Wald Nein
C Großeltern Tanten Onkeln Freunden o.Ä. Nein

6. Treten die Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten vermehrt auf?

- Spielen Toben Laufen Rasenmähen Fegen Nein
 Staub wischen Betten machen Saugen
 bei bestimmten Hobbys: _____

7. Besteht zeitweilige oder völlige Beschwerdefreiheit?

- in bestimmten Zimmern in Gebäuden bei Verwandten Nein
 an der See im Gebirge bei Regen bei längerer Trockenheit

8. Bestehen regelmäßige Tierkontakte?

- in der Wohnung im Haus in der Scheune bei Freunden Nein
 in der Nachbarschaft bei Verwandten
mit
 Hund Katze Pferd Rind Huhn Ente Taube Kaninchen Hamster
 Wellensittich Kanarienvogel Meerschweinchen

9. Treten bei oder nach Tierkontakten deutliche Beschwerden auf?

- Ja Nein

10. Sind schon Unverträglichkeiten beobachtet worden oder bekannt?

A gegen bestimmte Nahrungsmittel

- Erdbeeren Apfelsinen andere Früchte: _____ Nein
 Nüsse farbige Süßigkeiten Eier Milch Fisch

B bei Medikamenten

- Ja Nein

C Besteht Empfindlichkeit der Haut bei Pflaster?

- Ja Nein

11. Gab es vermehrt Reaktionen bei Insektenstichen/-bissen?

- Schwellungen Rötungen anhaltendes Jucken Nein
 andere Reaktionen, wie z.B. Atemnot

Wenn ja, bei welchem Insekt?

- Mücke Floh Biene Wespe

12. Wurden empfindliche Reaktionen der Haut beim Tragen von Kleidungsstücken beobachtet?

- Ja Nein

Wenn ja, bei Wolle Pelz Baumwolle Kunstfaser Federn

13. Aus welchen Materialien besteht das Bett Ihres Kindes?

Kopfkissen und Bettdecke aus Federn Daunen Wolle Kunstfasern

Matratze/Unterlage aus: _____

14. Gibt es bei Blutsverwandten die bisher beschriebenen Auffälligkeiten/Beschwerden?

- Großmutter Großvater Mutter Vater Schwester Bruder Nein
 Tante Onkel Cousin/e (mütterlichseits) Cousin/e (väterlichseits)

15. Wohnt die Familie im feuchten Altbau/Bauernhaus und beobachten Sie im Haus Stockflecken, Schimmel hinter Bildern oder an Wänden in nicht beheizten Räumen?

Ja Nein

16. Wohnen Sie in der Nähe bzw. umgeben von:

Wiesen Feldern Wald Nein
 staub- und geruchsbelästigende Unternehmen Industrie

17. Wurden schon häufig/regelmäßig gegen die Beschwerden Medikamente eingenommen?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

18. Wurde schon einmal ein Allergietest durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, von wem und mit welchem Ergebnis?

19. Wurde schon eine Hypo-/Desensibilisierung versucht?

Ja Nein

Wenn ja, womit: _____

Gab es dadurch eine Besserung?

Ja Nein