

## Allergie - Fragebogen für die Anamnese

Vom Patienten (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 die folgenden Fragen bitte gewissenhaft.

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Adresse/Tel .....  
 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"/> Asthma-Anfall:.....mal/Jahr              |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen       | seit ..... | seit .....  |
| <input type="checkbox"/> Niesanfalle     | seit ..... | <input type="checkbox"/> Schwellungen (z.B. Augen, Lippen, Zunge) |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis      | seit ..... | seit .....  |
| <input type="checkbox"/> Reizhusten      | seit ..... | <input type="checkbox"/> Magen-Darmbeschwerden (z.B. Durchfall)   |
| <input type="checkbox"/> Nesselfieber    | seit ..... | seit .....  |
| <input type="checkbox"/> Ekzem           | seit ..... |   |

### Auftreten der Beschwerden

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ganzjährig gleich | <input type="checkbox"/> ganzjährig mit jahreszeitlicher Verschlechterung  |
| <input type="checkbox"/> unregelmässig     | <input type="checkbox"/> Überwiegend in bestimmten Monaten (bitte Monat ankreuzen)   |
|  | <input type="checkbox"/> Januar <input type="checkbox"/> April <input type="checkbox"/> Juli <input type="checkbox"/> Oktober<br><input type="checkbox"/> Februar <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> August <input type="checkbox"/> November<br><input type="checkbox"/> März <input type="checkbox"/> Juni <input type="checkbox"/> September <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            |
| <input type="checkbox"/> nie mit Fieber    | <input type="checkbox"/> kalt    | <input type="checkbox"/> Schule     | <input type="checkbox"/> dem Aufstehen           |
|  | <input type="checkbox"/> windig  | <input type="checkbox"/> zu Hause   | <input type="checkbox"/> tagsüber                |
|  | <input type="checkbox"/> neblig  | <input type="checkbox"/> im Keller  |  |

### Kontakt mit:

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Heu   | <input type="checkbox"/> Kosmetika               |
| <input type="checkbox"/> Mehl  | <input type="checkbox"/> Medikamente             |
| <input type="checkbox"/> Staub | <input type="checkbox"/> Andere Stoffe<br>welche |

### Stimmungslagen:

- Aufregung  
 seelische Belastung  
 launenunabhängig

### Besteht Kontakt mit folgenden Tieren?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hund                               | <input type="checkbox"/> Meerschweinchen | <input type="checkbox"/> Rind                             |
| <input type="checkbox"/> Katze                              | <input type="checkbox"/> Hamster         | <input type="checkbox"/> Tauben                           |
| <input type="checkbox"/> Pferd                              | <input type="checkbox"/> Kaninchen       | <input type="checkbox"/> Ziervogel                        |
| <b>Zeigen sich Beschwerden nach dem Kontakt mit Tieren?</b> |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

### Haben sich Beschwerden geändert im Urlaub

- schlechter  
 besser

### nach Wohnungswechsel

- schlechter  
 besser

### bei Besuch

- schlechter  
 besser

**an bestimmten Orten**

- Zirkus
- Bauernhof
- Stall
- Arbeitsplatz

andere Orte: .....

.....

**Beschaffenheit der Wohnung:**

- Altbau
- Neubau
- feucht
- trocken

**Einrichtung des Schlafzimmers:**

- Teppichboden
- schwere Vorhänge
- Polstermöbel
- Federbett
- Tierfelle
- mehrere Betten
- Stoffspielzeug
- Zentralheizung

**Beschaffenheit des Bettes:**

- Rosshaarmatratze
- Federkernmatratze
- Schaumgummimatratze
- Federkissen
- Federbett
- Daunendecke
- Wolledecke

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

- Milch
  - Ei
  - Fisch
  - Käse
  - Nüsse
  - Tomaten
  - Erdbeeren
  - Pfirsiche
  - Äpfel
  - Orangen und Zitronen
  - Hülsenfrüchte
  - andere Nahrungsmittel
- andere:.....

**Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?**

- keine
- Durchfall
- Erbrechen
- Ausschlag
- Asthma
- Fliehschnupfen
- Örtliche Schwellungen
- Kopfschmerzen
- Unwohlsein

**Frühere Erkrankungen:**

- Milchschorf
- Ekzem
- Neigung zu Erkältungen
- Bronchitiden
- Nesselfieber
- Reaktion auf Insektenstiche
- „Krupp“
- Kiefer bzw. Stirnhöhlen-Entzündung
- Lungenentzündung
- chronische Infekte
- häufiges Erbrechen oder Durchfall
- örtliche Schwellungen
- Migräne
- Wurmbefall

**Operationen:**

- Polypen
- Mandeln
- mit Erfolg? .....

**Bisherige Behandlung:**

- Medikamente (welche): .....
- ohne Erfolg (welche): .....
- mit Erfolg (welche): .....
- Hyposensibilisierung (wann): .....
- Kuraufenthalte (wo):.....

**Welche Allergiebeschwerden haben andere Familienangehörige?**

- Mutter: .....
- Vater: .....
- Geschwister: .....
- Verwandte: .....

**Raucher?**  ja      wieviel/Tag .....

nein

**Sportliche Betätigung**

ja, welche .....

.....

**Beschwerden nach körperlicher Belastung:**

nein       nein

ja, welche? .....

**Bemerkungen:**