 Kinderarztpraxis

MUDr.(Univ.Bratislava) Lucia Lezovicova

Hoheellernweg 26

26789 Leer

**Allergie-Fragebogen für Kinder- und Jugendliche**

Liebe Eltern,

Ihr Kind leidet an Beschwerden, die möglicherweise durch eine allergische Erkrankung ausgelöst werden könnten. Dazu zählen z.B. häufiger Juckreiz der Haut, der Nase oder der Augen, tränende Augen, Nesselsucht oder Rötungen bzw. Schwellungen der Haut, wiederholtes Auftreten von Schnupfen oder verstopfter Nase, häufiger Husten, Ekzeme der Haut, Bauchschmerzen u./o. Durchfall, v.a. nach bestimmten Nahrungsmitteln, Beschwerden abhängig vom Wetter, von der Jahreszeit oder vom Aufenthaltsort und vieles mehr.

Um die genaue Ursache der Beschwerden abzuklären, die passenden Untersuchungsmethoden und anschließend den optimalen Therapiekonzept für Ihr Kind vorzuschlagen, benötigen wir von Ihnen möglichst genaue Angaben zu den nachfolgenden Fragen. Wir bitten Sie deshalb hiermit, den Fragebogen vollständig auszufüllen und in der Praxis abzugeben.

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

1. Welche sind die Beschwerden Ihres Kindes, die Sie an eine mögliche Allergie denken lassen?
2. Wann sind Ihnen die Beschwerden das erste Mal aufgefallen?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Treten die Beschwerden regelmäßig auf? Wenn ja, wie oft?

* dauerhaft (täglich) - wöchentlich
* monatlich - selten

1. Treten die Beschwerden in einer bestimmten Jahreszeit auf?

* nein, die Beschwerden dauern ganzjährig
* nein, die Beschwerden treten anfallsweise auf, ohne erkennbare Verstärkung in einer bestimmten Jahreszeit
* ja, die Beschwerden treten vorwiegend/ausschließlich in
* Januar - Mai - September
* Februar - Juni - Oktober
* März - Juli - November
* April - August - Dezember

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

* Nein
* Ja, vor allem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Treten die Beschwerden vorwiegend an bestimmten Orten auf?

* Nein
* Ja, besonders stark: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Welche der aufgeführten Beschwerden beobachten Sie bei Ihrem Kind?

* Niesanfälle, Nasenjuckreiz
* Stockschnupfen (langfristig verstopfte Nase)
* Fließschnupfen
* Augentränen u./o. Augenjuckreiz
* Rötung der Augen
* Häufige Bronchitis
* Atemnot, Kurzatmigkeit
* Reizhusten
* Häufige Infekte
* Juckendes Ekzem an Körperregionen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nesselsucht (Quaddeln an der Haut)
* Schwellungen u./o. Juckreiz – wo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Wiederkehrende Durchfälle u./o. Erbrechen
* Andere Beschwerden:

1. Beobachten Sie bei Ihrem Kind nach Genuss von bestimmten Nahrungsmitteln irgendwelche Beschwerden?

* Nein
* Ja – nach welchen Nahrungsmitteln?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Welche Beschwerden?
* Erbrechen - Juckreiz um den Mund oder im Mund
* Durchfälle - Schwellungen im Gesicht ( Lippe, Zunge, Rachen)
* Hautauschlag - Atemnot, Husten

1. Haben Sie Haustiere zu Hause?

* nein
* Ja – welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hat Ihr Kind andere Tierkontakte (bei den Großeltern, Freunden, Nachbarn)?

* nein
* Ja -welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hat Ihr Kind nach Kontakt mit einem Tier Beschwerden gehabt?

* nein
* ja – welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hat Ihr Kind eine besonders starke Reaktion nach einem Insektenstich gezeigt?

* nein
* ja – welche? Nach welchen Insekten?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Besteht bei Ihrem Kind Überempfindlichkeit gegen Medikamente?

* Nein
* Ja – gegen welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Welche Beschwerden?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wurden bei Ihrem Kind ungewöhnliche Hautreaktionen nach Kontakt mit bestimmten Stoffen beobachtet (z.B. Wolle, Pflaster, Nickel, Federn)?

* Nein
* Ja : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wurde schon bei Ihrem Kind ein Allergietest durchgeführt?

* Nein
* Ja – wann und welcher (Bluttest, Hauttest)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Mit welchem Ergebnis?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hat Ihr Kind bereits irgendwelche Beschwerden lindernde Behandlungen erhalten (z.B. Tabletten, Nasenspray, Bettbezüge, Hyposensibilisierung)?

* nein
* Ja – welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Familiengeschichte: Leidet ein oder mehrere Verwandte des Kindes an folgende Erkrankungen: Heuschnupfen, Asthma, bek. Allergien ( Gräser, Pollen,Milben,Schimmelpilze,Nahrungsmitteln,Medikamente), Eczem,Neurodermitis?

* nein
* Ja - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Das Bett des Kindes (Kopfkissen und Decke) besteht aus:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Die Matratze des Kindes ist aus :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wohnen Sie im feuchten Altbau/Bauernhaus?

* nein
* Wenn ja – beobachten Sie im Haus:
* Schimmel
* Flecken an den Wänden

1. Wohnen Sie in der Nähe von

* Wiesen - Feldern
* Wald - Industriegebiet

1. Wird in der Anwesenheit des Kindes oder in den Räumlichkeiten, wo Ihr Kind sich aufhält, geraucht?

* nein
* ja - gelegentlich

- regelmäßig

Vielen Dank für die Mitarbeit!

