

# 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 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"/> Ziervogel |
| <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 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

## 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 |

