

## Fragebogen zur Allergien

Name: .....

### Gegenwärtige Beschwerden (Hauptbeschwerden unterstreichen)

- Augenentzündung seit.....
- Schnupfen seit.....
- Niesanfalle seit.....
- Bronchitis seit.....
- Reizhusten seit.....
- Nesselfieber seit.....
- Ekzem seit.....
- Atemnot/Asthma seit..... mal/Jahr
- Magen/Darmbeschwerden seit.....
- Schwellungen(z.B. Augen/Lippen) seit.....

### Auftreten der Beschwerden:

ganzjährig                      ganzjährig mit jahreszeitlicher Verschlechterung  
 unregelmäßig                überwiegend in bestimmten Monaten( bitte Monat ankreuzen)  
 Januar/Februar/März/April/Mai/Juni/Juli/August/September/Okttober/November/Dezember

### Begünstigende bzw. auslösende Umstände:

<u>Fieber:</u>	<u>Wetter</u>	<u>Ort</u>	<u>Tageszeit</u>
häufig mit Fieber	feucht	Wiese/Feld	nachts von.....bis.....
gelegentlich	trocken	Wald	morgens (Aufstehen)
nie mit Fieber	kalt	Schule	tagsüber
	windig	zu Hause	
	neblig	im Keller	

### Kontakt mit:

Heu	Kosmetika
Mehl	Medikamente
Staub	Andere Stoffe, welche.....

### Stimmungslagen:

Aufregung  
 seelische Belastung  
 launenunabhängig

### Besteht Kontakt mit folgenden Tieren?

Hund	Katze	Meerschweinchen	Hamster
Pferd	Kaninchen	Tauben	Ziervogel
Andere, welche.....			

### Zeigen sich Beschwerden nach dem Kontakt mit den Tieren?

ja    nein

### Haben sich die Beschwerden geändert?

Bei Ferienaufhalten:	nach Wohnungswechsel:	bei Besuch:
schlechter	schlechter	Großeltern
besser	besser	Andere
an bestimmten Orten:		
Zirkus	Stall	andere Orte, wo?.....
Bauernhof	Schule	

**Beschaffenheit der Wohnung:**

Altbau	feucht	Bad/WC ohne Fenster
Neubau	trocken	

**Einrichtung des Schlafrumes des Kindes:**

schwere Vorhänge	kleiner Teppich	Zentralheizung	mehrere Betten
------------------	-----------------	----------------	----------------

**Beschaffenheit des Bettes:**

Rosshaarmatratze	Federkissen	Daunendecke
Federkernmatratze		Wolldecke
Schaumgummimatratze		andere Decke

**Besteht eine Abneigung gegen, oder Unverträglichkeit auf folgende Nahrungsmittel ?**

Milch	Ei	Fische	Käse
Nüsse	Tomaten	Erdbeeren	Äpfel
Orangen/Zitronen		Hülsenfrüchte	Pfirsiche
andere Nahrungsmittel? Welche?.....			

**Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst ?**

keine	Ausschlag	örtliche Schwellungen
Durchfall	Asthma	Kopfschmerzen
Erbrechen	Fließschnupfen	Unwohlsein

**Frühere Erkrankungen:**

Milchschorf	Krupp-Husten	häufiges Erbrechen/Durchfall
Ekzem	Lungenentzündung	örtliche Schwellungen
Bronchitiden	Migräne	Nesselfieber
chronische Infekte	Wurmbefall	Reaktion auf Insektenstiche
		Stirnhöhlenentzündung

**Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt?:** ja, Ergebnis: \_\_\_\_\_ nein

**Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente ?**

Wenn ja, welche?.....

**Welche Allergiebeschwerden haben andere Familienangehörige?**

Mutter.....  
 Vater.....  
 Geschwister.....

**Sind Raucher in der Familie:** Nein

Ja, wer? \_\_\_\_\_ in der Wohnung/Auto wird geraucht

**Bisherige Behandlung:**

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