



Allergiefragebogen/ -anamnese für Kinder und Jugendliche

Liebe Patient:innen, liebe Eltern,

Du/ Ihr Kind leidest/ 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 das optimale Therapiekonzept für Dich/ Ihr Kind vorzuschlagen, benötigen wir von Dir/ Ihnen möglichst genaue Angaben zu den nachfolgenden Fragen. Wir bitten Dich/ Sie deshalb hiermit, den Fragebogen vollständig auszufüllen und in der Praxis abzugeben.

Name des Patienten: _____

Geboren am: _____

1. Welche Beschwerden lassen Dich/ Sie an eine mögliche Allergie denken?

2. Wann/ in welchem Alter sind Dir/ Ihnen die Beschwerden das erste Mal aufgefallen?

3. Erinnerst/ Erinnern Du/ Sie sich im Zusammenhang mit dem erstmaligen Auftreten der Beschwerden an besondere Ereignisse (z. B. schwerer Infekt, Umzug, neue Möbel, Anschaffung eines Haustieres usw.)

Nein

Ja, die Beschwerden traten erstmals auf im Zusammenhang mit:

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

dauerhaft (täglich)

wöchentlich

monatlich

selten

5. 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 auf im

Januar	Mai	September
Februar	Juni	Oktober
März	Juli	November
April	August	Dezember

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

Nein

Ja, vor allem:

7. Treten die Beschwerden vorwiegend an bestimmten Orten auf?

Nein

Ja, besonders stark:

8. Treten die Beschwerden auf im Zusammenhang mit

körperlicher Anstrengung?

Nein, kein Zusammenhang.

Ja, unter anderem, insbesondere bei

Ja, ausschließlich, insbesondere bei

Infekten der Atemwege (Erkältung, Schnupfen, Husten)?

Nein, kein Zusammenhang.

Ja, unter anderem.

Ja, ausschließlich.

Kälte, Temperaturwechsel, Nebel, Feuchtigkeit?

Nein, kein Zusammenhang.

Ja, unter anderem.

Ja, ausschließlich.

9. Besteht zeitweise völlige Beschwerdefreiheit?

Nein, es besteht nie völlige Beschwerdefreiheit.

Ja, besonders gut geht oder ging es mir/ dem Kind bei folgenden Gelegenheiten:

an der See. an feuchten Sommertagen. bei Regen. im Hochgebirge. am Wochenende.

im Urlaub. im Hochsommer. im Herbst/Winter. bei sonstigen Gelegenheiten:



10. Welche der aufgeführten Beschwerden beobachten Du/ Sie bei Dir/ Ihrem Kind?

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

11. Beobachtest Du/ 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

12. Habt ihr/ Haben Sie Haustiere zu Hause?

- nein
- Ja – welche?

13. Hast Du/ Hat Ihr Kind andere Tierkontakte (bei den Großeltern, Freunden, Nachbarn)?

- nein
- Ja -welche?

14. Hast Du/ Hat Ihr Kind nach Kontakt mit einem Tier Beschwerden gehabt?

- nein
- ja – welche?

15. Hast Du/ Hat Ihr Kind eine besonders starke Reaktion nach einem Insektenstich gezeigt?

- Nein



ja – welche? Nach welchen Insekten? _____

16. Besteht bei Dir/ Ihrem Kind eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente?

Nein

Ja – gegen welche? _____

Welche Beschwerden? _____

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

Nein

Ja, bei: _____

18. Hast Du/ Haben Sie bereits bestimmte Dinge in der Umgebung des Kindes geändert?

Nein

Ja, folgendes haben wir seit _____ geändert: _____

19. Ist durch diese Änderung eine Besserung der Beschwerden eingetreten?

Nein, unveränderte Beschwerden

Ja, deutliche Besserung

Ja, geringe Besserung

20. Wurde bereits bei Dir/ Ihrem Kind ein Allergietest durchgeführt?

Nein

Ja – wann und welcher (Bluttest, Hauttest)? _____

Mit welchem Ergebnis? _____

21. Hast Du/ Hat Ihr Kind bereits Beschwerden lindernde Behandlungen erhalten (z.B. Tabletten, Nasenspray, Augentropfen, Bettbezüge, Hyposensibilisierung)?

nein

Ja – welche? _____

22. Wurden bei Dir/ Ihrem Kind bereits

Nasenpolypen operiert?

Rachenmandeln entfernt?

Wenn ja, Wann? _____ Wo? _____



23. **Familiengeschichte:** Leiden ein oder mehrere Verwandte von Dir/ des Kindes an folgenden Erkrankungen: Heuschnupfen, Asthma, bek. Allergien (Gräser, Pollen, Milben, Schimmelpilze, Nahrungsmitteln, Medikamente), Ekzem, Neurodermitis?
- nein
- Ja, wer und an was? _____
24. Gibt es in Deiner/ Ihrer Wohnung/ im Zimmer Ihres Kindes
- Zimmerpflanzen und Blumen, wenn ja, welche: _____
- Teppiche, Felle, Pelze, Jagdtrophäen: _____
- Schimmelflecken (welche Räume?): _____
25. Bettdecken und Kopfkissen von Dir/ des Kindes enthalten:
- Federn Wolle Kunstfasern
26. Die Matratze von Dir/ Ihres Kindes:
- besteht aus Schaumstoff beinhaltet Roßhaar
27. Wohnst Du/ Wohnen Sie in der Nähe von:
- Wiesen Feldern
- Wald Industriegebiet
28. Wird in der Anwesenheit von Dir/ des Kindes oder in den Räumlichkeiten, in denen Du/ Ihr Kind sich aufhält, geraucht?
- nein
- ja gelegentlich
- regelmäßig

Wir danken Dir/ Ihnen für Ihre Unterstützung.

Ihre Kinder- und Jugendärztliche Gemeinschaftspraxis **Kunterbunt**