



Dieser Allergie- und Asthmafragebogen soll uns helfen, eine bestehende Allergie und asthmatische Beschwerden zu erkennen. Lesen Sie den Fragebogen deshalb bitte sorgfältig durch und beantworten Sie die für Ihr Kind zutreffenden Fragen. Nehmen Sie den ausgefüllten Fragebogen beim nächsten Arztbesuch mit, um die Suche nach dem Auslöser der Allergie/des Asthmas zu erleichtern.

Welche Beschwerden bestehen bei Ihrem Kind?

- Atembeschwerden/Husten Allergien Hautekzeme

1. Wann fingen die Beschwerden an?

- Bereits im Säuglingsalter, ca. ab dem _____. Lebensmonat
 Kleinkindesalter => war ihr Kind bei Beschwerdebeginn bereits im Kindergarten? Ja Nein
 später, ca. mit _____ Jahren

2. Wie äußerten sich die Atembeschwerden?

- Husten
 mit Schleim ohne Schleim einzelne Hustenstöße Hustenanfälle
 nur nachts => Mitten aus dem Schlaf heraus bevorzugt abends bevorzugt morgens
 nur tagsüber tags- und nachtsüber
- Druckgefühl / Stechen in der Brustregion
- Heiserkeit oder belegte Stimme
- auffällige Atmung oder Atemgeräusche?
 Pfeifgeräusche => beim Einatmen beim Ausatmen
 Ziehen nach Luft
 Rassel- und/oder Knistergeräusche beim Atmen
 auffällig schweres Atmen
 deutlich beschleunigtes Atmen
- auffällig verminderte körperliche Leistungsfähigkeit / Belastbarkeit
- sonstige: _____

3. Auftreten der Beschwerden

- bei Erkältungen:
- ⇒ beschwerdefreie Phasen nach Abklingen des Infektes? Ja Nein
- ⇒ Traten Lungenentzündungen auf? Ja Nein
○ Wenn ja, wann / wie oft? _____
 durch Röntgenuntersuchung nachgewiesen
- ⇒ Traten Mittelohrentzündungen auf? Ja Nein
○ Wenn ja, wie oft? _____
- ganzjährig ganzjährig mit jahreszeitlicher Verschlechterung zur Winterzeit zur Pollenflugzeit
- saisonal bei Pollenflug, überwiegend in bestimmten Monaten (bitte Monate ankreuzen)
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Januar | <input type="radio"/> April | <input type="radio"/> Juli | <input type="radio"/> Oktober |
| <input type="radio"/> Februar | <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> August | <input type="radio"/> November |
| <input type="radio"/> März | <input type="radio"/> Juni | <input type="radio"/> September | <input type="radio"/> Dezember |

- bei körperlicher Anstrengung: immer nur manchmal
 bei Alltagsaktivitäten, wie Treppe hochlaufen, Radfahren, ein kurzes Stück rennen
 bei Freizeitsport => welcher? _____
 bei Schulsport
 nur bei sehr starker und langanhaltender körperlicher Anstrengung

aus der Ruhe heraus ohne besondere Aktivität oder vorliegendem Infekt

bei Tierkontakt welche? _____

bei Kontakt mit Lebensmitteln welche? _____

nur bei Kontakt mit bestimmten Stoffen welche? _____

a) Sonstige begünstigende bzw. auslösende Umstände

Wetter

- feucht
 trocken
 kalt

Orte

- Wiese/Wald
 Wald
 Schule
 windig
 neblig
 Zirkus, Zoo

Tageszeit

- nachts von _____ bis _____
 morgens nach dem Aufstehen
 tagsüber
 zu Hause
 im Keller
 Sonstige: _____

b) in bestimmten Stimmungslagen:

- Aufregung
 seelische Belastung, Streßsituationen
 beim Lachen oder Weinen
 sonstige: _____

4. Ist bisher ein Allergietest durchgeführt worden? Nein

Ja Wann? _____ Hauttest (Prick) Bluttest (RAST/CAP) weiß ich nicht

- Es wurde keine Allergie festgestellt.
 Das Testergebnis ist mir nicht in Erinnerung / unbekannt.

der Test zeigte bei folgenden Allergenen ein positives Ergebnis:

Baumpollen => Symptome zur Pollenzeit? Augen Nase Haut Husten/Luftnot/Asthma

Gräserpollen => Symptome zur Pollenzeit? Augen Nase Haut Husten/Luftnot/Asthma

Kräuterpollen => Symptome zur Pollenzeit? Augen Nase Haut Husten/Luftnot/Asthma

Schimmelsporen welche? _____

Tiere welche? _____ Symptome bei Kontakt? Ja

Lebensmittel welche? _____

5. Gibt es Haustiere oder besteht Kontakt mit folgenden Tieren? Nein

- Hund, seit: Meerschweinchen, seit: Ziervogel
 Katze, seit: Hamster, seit: Tauben
 Pferd, seit: Kaninchen, seit: sonstige: _____

Zeigen sich Beschwerden nach dem Kontakt mit Tieren? Ja Nein

Wenn ja, welche Symptome:

- juckende Augen Hautausschlag Fließ-Schnupfen Schwellungen
 Husten Luftnot Engegefühl in der Brust

bei welchen Tieren? _____

6. Besteht eine Überempfindlichkeit gegenüber Insektenstichen? Nein

- Nein, es treten nur normale Schwellungen und Juckreiz auf.
 Ja, nach dem Stich einer _____ traten folgende Beschwerden auf:
 starke Schwellung Atemnot
 Hautquaddeln am ganzen Körper Schwindel, Kreislaufprobleme
 Sonstige Beschwerden: _____

7. Wo treten die Beschwerden an bestimmten Orten bevorzugt auf? Nein

- | | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <i>...an bestimmten Orten</i> | <i>...nach Wohnungswechsel</i> | <i>...bei Besuch von</i> | <i>...bei Ferientaufenthalten</i> |
| <input type="checkbox"/> Zirkus | <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> schlechter |
| <input type="checkbox"/> Bauernhof | <input type="checkbox"/> besser | <input type="checkbox"/> Verwandten | <input type="checkbox"/> besser |
| <input type="checkbox"/> Stall | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> Freunden | <input type="checkbox"/> unverändert |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz | | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Orte, wo? _____ | | | |

8. Beschaffenheit der Wohnung und Wohnumgebung:

- Altbau Schimmelprobleme? Ja Nein
 Neubau wenn ja, saniert? Ja Nein

- Stadt Land Mehrfamilienhaus Bauernhof
In der Nähe von... Wiesen, Wald Industriebetrieben Äckern, Gärten

Einrichtung des Schlafzimmers

- Teppichboden Polstermöbel Tierfelle Stoffspielzeug
 schwere Vorhänge kleiner Teppich mehrere Betten offene Regale

Beschaffenheit des Bettes

- Rosshaarmatratze Federkissen Daunendecke
 Federkernmatratze Wolldecke
 Schaumgummimatratze

9. Besteht eine Abneigung (A) oder eine Überempfindlichkeit (Ü) gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln? Nein

Ja, bei:

- | | | | | | |
|---------------|------------------------------|------------------------------|---------------|------------------------------|------------------------------|
| Fisch | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) | Tomaten | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) |
| Krabben | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) | Spinat | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) |
| Milch | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) | Fruchtsäfte | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) |
| Käse | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) | Äpfeln | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) |
| Quark | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) | Pfirsich | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) |
| Nüsse | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) | Erbsen | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) |
| Ei | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) | Erdbeeren | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) |
| Hülsenfrüchte | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) | Zitrusfrüchte | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) |
| Bohnen | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) | Sojaprodukte | <input type="checkbox"/> (A) | <input type="checkbox"/> (Ü) |

Andere: _____ (A) (Ü)

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

- keine Ausschlag örtliche Schwellungen
 Durchfall Asthma Kopfschmerzen
 Erbrechen Fließ-Schnupfen Unwohlsein

10. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atemnot, Asthma | <input type="checkbox"/> häufiger Husten, Bronchitis | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen / Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Niesanfälle | <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung |
| <input type="checkbox"/> Ekzem, Neurodermitis, Milchschorf | <input type="checkbox"/> Augentränen, -jucken | <input type="checkbox"/> Nesselsucht, Hautquaddeln |
| <input type="checkbox"/> Pseudokrapp | <input type="checkbox"/> Migräne, Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> Kiefer- bzw. Stirnhöhlenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Schwellung ± Juckreiz von <input type="radio"/> Lippen <input type="radio"/> Rachen <input type="radio"/> Haut | | |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Beschwerden wie <input type="radio"/> häufige Durchfälle <input type="radio"/> häufiges Erbrechen | | |
| <input type="checkbox"/> häufige fieberhafte Erkältungen | <input type="checkbox"/> Wurmbefall | <input type="checkbox"/> Reaktion auf Insektenstiche |

11. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente? Nein

- Ja, gegen: Penicillin-Präparate Schmerz-, Grippemittel
 Pflasterempfindlichkeit Kontrastmittel bei Röntgenuntersuchungen (Jodallergie)
 Sonstige _____

12. Operationen Keine

- Polypen Mandeln mit Erfolg? ja, Symptome gebessert Nein, Symptome unverändert
 andere Operationen was? _____ wann? _____

13. Bisherige Behandlung (z.B. Inhalationsbehandlungen, Cortison-Saft oder -Zäpfchen...)

- Medikamente** Feuchtinhalationen (z.B. Pariboy) => mit Salbutamol mit Kochsalzlösung sonstige
 Dosieraerosole (Spray): => mit Inhalationshilfe (Vortex/Aerochamber)? Ja Nein früher
Name: _____ mit Erfolg ohne Erfolg
Name: _____ mit Erfolg ohne Erfolg
Name: _____ mit Erfolg ohne Erfolg
- Hyposensibilisierung** gegen: _____ von _____ bis _____ mit Erfolg ohne Erfolg
 Nebenwirkungen: _____
 Abbruch wenn ja, wegen: _____
gegen: _____ von _____ bis _____ mit Erfolg ohne Erfolg
 Nebenwirkungen: _____
 Abbruch wenn ja, wegen: _____
- Kuraufenthalt** Ort: _____ von _____ bis _____ mit Erfolg ohne Erfolg
Ort: _____ von _____ bis _____ mit Erfolg ohne Erfolg

14. Welche Allergien bestehen bei anderen Familienangehörigen? Keine

- Mutter: _____ Vater: _____
 Geschwister: _____ Verwandte: _____

15. Sind Raucher in der Familie Nein Ja => wie viele Zigaretten/Tag? _____

Wer? Vater Mutter Geschwister Großeltern andere Person: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!