

**Ist bereits eine Allergiediagnostik durchgeführt worden?**

ja, bitte folgende Angaben:  
Arzt / Heilpraktiker / Klinik: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Testmethode: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ergebnis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

nein

**Wurde eine Wohnungssanierung durchgeführt?**

ja, folgendes wurde verändert:  
 Bett       Bodenbelag       Haustier  
 Wohnungswechsel       anderes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

nein

**Sind Operationen durchgeführt worden?**

ja, welche?  
 Polypektomie       Paukenröhrcheneinlage  
 Mandelentfernung       andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

wann:

nein

**Welche sonstigen Maßnahmen wurden schon wegen der Erkrankung durchgeführt?**

Behandlung bei / in:  
 Kinder- und Jugendarzt       Hausarzt       Kinder-Pneumologe  
 Hals-Nasen-Ohren-Arzt       Hautarzt       Internist / Pulmologe  
 Psychotherapeut       Heilpraktiker       Reha-Klinik  
 Krankenhaus stationär       andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

keine

**Welche Behandlungsverfahren sind bisher durchgeführt worden?**

Asthaschulung       Asthasport       Akupunktur  
 Ernährungsberatung / Diät       Autogenes Training       Homöopathie  
 andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

keine

**Welche Medikamente wurden zur Behandlung bisher eingesetzt?**

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

**Welche Medikamente werden zur Zeit eingenommen?**

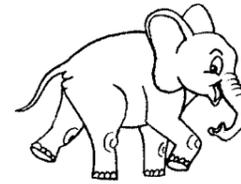
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass Vorbefunde angefordert werden.       ja       nein

Wer soll ein Befundbericht erhalten? Bitte Angaben mit vollständiger Adresse!

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

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



palpuderm

Qualitätszirkel pädiatrische Allergologie, Pulmologie und Dermatologie  
der Kinder- und Jugendärzte / innen im Raum Kiel

**Fragebogen zur Anamnese allergischer Erkrankungen**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Beruf/Tätigkeit Mutter: \_\_\_\_\_ Tel. priv.: \_\_\_\_\_ Tel. dienst.: \_\_\_\_\_

Beruf/Tätigkeit Vater: \_\_\_\_\_ Tel. priv.: \_\_\_\_\_ Tel. dienst.: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie die jeweilige Frage so an

**Wer füllt den Fragebogen aus?**

Patient     Mutter     Vater     sonstiger (wer?)

**Welches sind die Hauptbeschwerden?** (an Haut, Schleimhaut, Bindehaut, Atemwegen, Magen-Darmtrakt, o.a.)

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

**Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen?**

	von Monat/Jahr (z.B. Juni/2006)	bis Monat/Jahr (z.B. Ende Juli/2006)
--	------------------------------------	---

- Milchschorf, Säuglingsekzem
- juckender Hautausschlag
- Ausschlag (Ellenbeugen / Kniekehlen)
- atopische Dermatitis (Neurodermitis)
- gehäufte Mittelohrentzündung
- Pseudokrupp
- Husten, Reizhusten ohne Fieber
- pfeifende o. keuchende Atemgeräusche
- obstruktive („spastische“) Bronchitis
- Asthma
- Niesanfalle (> 5 mal hintereinander)
- behinderte Nasenatmung
- häufiger Schnupfen, Heuschnupfen
- Augentränen, Augenjucken
- Schwellung der Augenlider
- Hautquaddeln, Urticaria, Nesselsucht
- Juckreiz von Lippen, Gaumen
- Schwellung der Lippen
- Magen-Darm-Beschwerden
- Durchfallneigung

**Leidet oder litt ein Verwandter an Atemwegs- oder Hautbeschwerden?**

nein       ja (dann bitte folgende Angaben)

	Hauterkrankungen	Heuschnupfen	Asthma Chronische Bronchitis
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bruder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Großvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tante/Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie ist die Lage und Beschaffenheit der derzeitigen Wohnung?**

Einzug in die jetzige Wohnung im Jahr .....

- Stadt  Dorf, ländliche Umgebung  Bauernhof/Resthof
 neues Haus  altes Haus  Zentralheizung  Ofenheizung

**Ist ein Familienmitglied Raucher?**

- ja  nein

**Wann / wodurch verstärken sich die Beschwerden / Symptome?**

- Schwitzen  Waschmittel / Körperpflegemittel  anderes:

**Treten die Beschwerden vorwiegend zu bestimmten Tageszeiten auf?**

- ja, zu folgenden Tageszeiten:
 tagsüber von..... bis.....Uhr
 nachts von..... bis.....Uhr
 morgens nach dem Aufwachen
 nein

**Treten die Beschwerden vorwiegend an bestimmten Orten auf?**

- ja, an folgenden Orten:
 in der Wohnung (zu welcher Jahreszeit, welche Räume?)
 in Kindergarten / Schule
 im Freien (zu welcher Jahreszeit, wo z.B. Wiese, Schwimmbad?)
 bei Tierkontakt (Haustier, Stall, Zoo, Zirkus)
 andere Beobachtungen
 nein

**Treten die Beschwerden vorwiegend bei bestimmten Tätigkeiten auf?**

- ja, bei folgenden Aktivitäten:
 Umgang mit Tieren  wenn Rasen gemäht wird
 Hausarbeiten, Bettenmachen, Staubsaugen
 Tätigkeiten in Kindergarten / Schule (welche?)
 Hobbies (welche?)
 körperliche Anstrengungen / Sport
 andere Tätigkeiten
 nein

**Traten Beschwerden mit pfeifender / keuchender Atmung auf?**

- ja, wie oft in den letzten 12 Monaten
 1 bis 5 mal  6 bis 12 mal  mehr als 12 mal
deshalb nachts aufgewacht?  ja  mehrfach pro Woche
 nein

**Treten die Beschwerden bei intensivem Geruch, Staub oder anderen Atemwegsreizen auf?**

- ja, bei folgenden Reizungen:
 Hausstaub  Bau-, Zementstaub  Waschmittelstaub  Haar-, Körper-, Farbspray
 Nebel, Feuchtigkeit  Lachen  Kälte  schneller Temperaturwechsel
 andere Reize:
 nein

**Sind bei Tierkontakten Beschwerden aufgetreten?**

- ja (welche Tiere?)
 nein

**Bestehen (oder bestanden früher) Kontakte zu Tieren?**

- ja zu folgenden Tieren:

	regelmäßig	selten		regelmäßig	selten
Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaninchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meerschwein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maus, Ratte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanarienvogel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wellensittich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aquarium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

andere Tierkontakte:
 nein

**Besteht zeitweilig eine vollkommene oder zeitweilige Beschwerdefreiheit?**

- ja
 an der See  im Hochgebirge  im Sommer
 im Urlaub  bei Regen, Feuchtigkeit  im Winter
 andere Beobachtungen
 nein

**Bestehen Abneigungen oder Unverträglichkeiten bezüglich Nahrungsmitteln?**

- ja
 Milch  Ei  Fisch
 Apfel  Sellerie  Nüsse
 Käse  Quark / Joghurt  Kartoffeln
 Fruchtsäfte  Zitrusfrüchte  Weizenmehl
 Muscheln, Krabben  Gewürze  andere:
 nein

**Werden Beschwerden durch Nahrungsmittel ausgelöst?**

- ja, welche:
 Ekzemverschlimmerung  Hautjucken, Nesselsucht
 Gaumen-, Ohrenjucken  Lippen-, Rachenschwellung
 Niesen, wässriger Schnupfen  Atembeklemmung, Asthma
 Übelkeit, Erbrechen, Durchfall  Kopfschmerz, Migräne
 andere Beschwerden:
 nein

**Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente**

- ja, welche:
 nein

**Bestehen Haut-(Kontakt)Reaktionen?**

- ja, welche:
 Pflegemittel  Fingerfarben / Knete
 Heftpflaster  Schmuck / Metall
 andere:
 nein