



Allergie-Fragebogen für Kinder

Vorname:	Name:	geboren am:
Datum:	Kinderarzt:	Handy-Nr.:

**Bitte lesen Sie diesen Fragebogen in Ruhe durch und beantworten Sie Fragen durch Ankreuzen
– bei Aufzählungen unterstreichen oder umkreisen Sie bitte das Betreffende.**

1. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen:	nein	ja
a) Milchschorf, häufige Hautentzündungen im Windelbereich, Ekzem, Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Quaddeln und Rötungen der Haut, Juckreiz der Lippen, der Augen, im Rachen, im Po-Bereich, Nesselsucht (Urtikaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Schwellung der Augenlider, der Augenpartie, des Mundbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) häufiger Husten als Säugling / Kleinkind, Reizhusten, spastische Bronchitis Krupphusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Pfeifen und Röcheln in den Bronchien, Atembeklemmung, Atemnot, Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) häufiger Schnupfen, verstopfte Nase, Niesanfälle mehr als 5mal nacheinander, Stockschnupfen Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Lichtempfindlichkeit, Lichtscheu, Augentränen, Augenjucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Polypen im Nasen-/Rachenraum, vergrößerte Mandeln und Mandelentzündungen, Kieferhöhlen-/Stirnhöhlenentzündungen, Stirnkopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Magen-, Bauch-, Darmbeschwerden, häufige Durchfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Nahrungsmittelunverträglichkeiten / -allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Besteht oder bestanden Wurmerkrankungen? Wenn ja, wurde eine Wurmkur durchgeführt? Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: morgens / am Vormittag / am Abend / beim Einschlafen / nachts zu bestimmten Zeiten		
3. Sind die Beschwerden in bestimmten Monaten am schlimmsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Januar April Juli Oktober Februar Mai August November März Juni September Dezember oder bei Beginn der Heizperiode?		
4. Seit wieviel Monaten / Jahren bestehen die Beschwerden?		
_____ Jahre _____ Monate		
5. Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) in Haus / Küche / Kinderzimmer / Keller / Dachboden b) in Scheune / Tierstall / Garten / Feld / Wiesen / Wald c) bei bestimmten Verwandten / Großeltern / Freunden o. a.		
6. Treten diese Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten vermehrt auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Spielen / Toben / Laufen / Rasenmähen / Fegen / Staubwischen / Bettenmachen / Teppichsaugen / bei bestimmten Hobbies _____		
7. Besteht zeitweilige oder völlige Beschwerdefreiheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In bestimmten Zimmern / Gebäuden / bei Verwandten / an der See / im Hochgebirge an feuchten Tagen / bei Regen / bei längerer Trockenheit		

	nein	ja																														
8. Bestehen regelmäßige Tierkontakte? in der Wohnung/ im Haus /Garten/ Nachbarschaft/ bei Freunden/ Verwandten mit: Hund Katze Rind Pferd Kaninchen Goldhamster Meerschweinchen Aquarium Wellensittich/ Kanarienvogel Taube andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
9. Treten bei oder nach Tierkontakten deutliche Beschwerden auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
10. Wird zu Hause geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
11. Sind schon Unverträglichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel beobachtet worden oder bekannt? a) Eier Milch Getreide (Weizen, Roggen) Soja Fisch Haselnuß Walnuß andere Nüsse: _____ Erdnuss Erdbeeren / Apfelsinen / Tomaten / andere Früchte _____ b) bei Medikamenten: _____ - c) besteht Empfindlichkeit der Haut bei Kontakt mit Pflaster Metallen anderem _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
12. Gab es vermehrt Schwellungen / Rötungen / anhaltendes Jucken o.a. Reaktionen, z.B. Atemnot bei Insektenstichen / -bissen? Biene Wespe Mücke Floh anderen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
13. Wurden empfindliche Reaktionen der Haut beim Tragen von Kleidungsstücken aus Wolle Pelz Baumwolle Kunstfaser beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
14. Das Bett (Kopfkissen, Bettdecke) ist aus Federn / Daunen / Wolle / Kunstfasern ?																																
15. Gibt es bei den Blutsverwandten des Kindes Auffälligkeiten / Beschwerden? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><u>Mutter</u></th> <th style="text-align: center;"><u>Vater</u></th> <th style="text-align: center;"><u>Geschwister</u></th> <th style="text-align: center;"><u>andere nahe Verwandte</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Neurodermitis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nahrungsmittelallergie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Heuschnupfen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asthma</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sonstiges</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> Aus welchem Land stammt die Mutter des Kindes? _____ Aus welchem Land stammt der Vater des Kindes? _____		<u>Mutter</u>	<u>Vater</u>	<u>Geschwister</u>	<u>andere nahe Verwandte</u>	Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<u>Mutter</u>	<u>Vater</u>	<u>Geschwister</u>	<u>andere nahe Verwandte</u>																												
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
16. Wohnen Sie im feuchten Altbau / Bauernhaus /beobachten Sie Stockflecken / Schimmel an Wänden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
17. Wohnen Sie in der Nähe bzw. umgeben von Wiesen / Feldern / Wald, staub- und geruchsbelästigenden Unternehmen / Industrie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
18. Wurden schon häufig / regelmäßig gegen diese Beschwerden lindernde Medikamente eingenommen? Welche aktuell: _____ Welche früher: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
19. Wurde schon einmal ein Allergietest durchgeführt? Von wem: _____ Ergebnis: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
20. Wurde schon eine Hypo-/Desensibilisierung versucht? Womit: _____ Besserung: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE !