

**Fragebogen für Kinder und Jugendliche mit allergischen Erkrankungen und/oder Atemwegsbeschwerden****Barcode Patient**

Name: _____ Vorname: _____

Geb-Datum: _____ Datum: _____

Wer füllt den Bogen aus? (Patient, Eltern, etc.)

*Sehr geehrte Eltern, sehr geehrter Patient,
um das Gespräch mit dem Arzt zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen in Ruhe durchzulesen
und vollständig auszufüllen. Alle Angaben sind dabei natürlich freiwillig.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

1. Welche Beschwerden sind der Grund für den Arztbesuch? (Stichpunkte) _____

2. Was sind die Hauptbeschwerden? (Stichpunkte) _____

3. Im welchem Alter war Beschwerdebeginn? _____

4. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen:

Haut:

- ☐ Milchschorf ☐ häufige Hautentzündungen ☐ Ekzem
☐ Nesselsucht, Quaddeln ☐ Rötungen der Haut ☐ Neurodermitis
☐ Juckreiz im Po-Bereich ☐ Juckreiz der Haut
☐ Kontaktallergien? (☐ Schmuck ☐ Metall ☐ Pflaster ☐ Latex, ☐ sonstige: _____
_____)

Augen/Ohren/Nase/Mund

- ☐ Schwellung der Augenlider/☐ Lippen/☐ der Augenpartie/☐ des Mundbereiches
☐ Juckreiz der Lippen/ ☐ der Augen/☐ am Gaumen
☐ Augenrötung ☐ Augentränen
☐ häufiger Schnupfen/ ☐ Dauerschnupfen/ ☐ Fließschnupfen
☐ Heuschnupfen ☐ Stockschnupfen/verstopfte Nase
☐ Niesanfälle mehr als 5 x hintereinander
☐ Polypen im Nasen-Rachenraum ☐ vergrößerte Mandeln und ☐ Mandel-entzündungen
☐ mehr als 6 x fieberhafte Erkältungskrankheiten im Jahr
☐ Kieferhöhlen-/Stirnhöhlenentzündungen
☐ Stirnkopfschmerz ☐ halbseitiger Kopfschmerz ☐ Migräne
☐ Lichtempfindlichkeit ☐ Lichtscheu



- ☐ häufig Mittelohrentzündung ☐ nächtliches Schnarchen

Atemwege:

- ☐ häufiger Husten als Säugling/☐ Kleinkind
☐ Bronchitis ☐ spastische/obstruktive Bronchitis ☐ Reizhusten
☐ Heiserkeit ☐ ständiges Räuspern
☐ Krupphusten, Pseudokrupp
☐ Pfeifen und Röcheln in den Bronchien
☐ Atembeklemmung ☐ Atemnot u.a. ☐ bei Anstrengung
☐ Asthma
☐ Auswurf? Farbe: _____
Wann? ☐ ganzjährig ☐ einige Wochen im Jahr ☐ selten
Wieviel? ☐ sehr viel ☐ reichlich ☐ sehr wenig

Magen-Darm-Trakt:

- ☐ Magen-, ☐ Bauch-, ☐ Darmbeschwerden ☐ krampfartige Bauchschmerzen
☐ häufige Durchfälle ☐ wiederholtes Erbrechen
☐ Juckreiz Mund/Rachen ☐ schlechtes Gedeihen
☐ häufiges Aufstoßen ☐ säuerlicher Mundgeruch
☐ Besteht oder bestanden Wurmerkrankungen? ☐ nein
Wenn ja, wurde eine Wurmkur durchgeführt? ☐ Ja Wann? _____

5. Wann hatte Ihr Kind diese Beschwerden zum letzten Mal? (Stichpunkte) _____

6. Treten die Beschwerden zu **bestimmten Tageszeiten/Jahreszeiten/ganzjährig** auf? ☐ nein

- ☐ morgens ☐ am Vormittag ☐ am Abend ☐ beim Einschlafen ☐ nachts
☐ täglich ☐ fast an jedem Tag
☐ ca. _____ Mal wöchentlich
☐ etwa alle 2 Wochen für _____ Tage
☐ etwa einmal monatlich für _____ Tage
☐ seltener, und zwar: _____
☐ Januar-Dezember
☐ bei Beginn der Heizperiode
☐ vor allem in folgenden Monaten : _____



7. Treten die Beschwerden an **bestimmten Orten** vermehrt auf? ☐ nein

- ☐ Haus ☐ Küche ☐ Kinderzimmer ☐ Keller ☐ Dachboden
☐ Scheune ☐ Zoo ☐ Tierstall ☐ Garten ☐ Feld/☐ Wiese/☐ Wald
☐ Schwimmbad
bei ☐ bestimmten Verwandten ☐ Großeltern ☐ Tanten ☐ Onkeln ☐ Freunden

8. **Wohnt** die Familie im ☐ feuchten Altbau ☐ Bauernhaus ☐ Neubau?

- ☐ in der Großstadt ☐ Kleinstadt ☐ auf dem Land ☐ im Industriegebiet?

Beobachten sie im Hause ☐ Stockflecken ☐ Schimmel hinter Bildern ☐ an Wänden in nicht beheizten Räumen? Gibt es im Schlafzimmer ☐ Zimmerpflanzen? ☐ Teppiche?

9. **Wohnen** Sie in der Nähe bzw. umgeben von ☐ Wiesen/Feldern ☐ Wald ☐ staub- und geruchsbelästigenden Unternehmen/Industrie?

10. Treten die Beschwerden bei bestimmten **Tätigkeiten** vermehrt auf? ☐ nein

- ☐ Spielen ☐ Toben ☐ Laufen ☐ Rasenmähen ☐ Fegen ☐ Staubwischen ☐
Bettenmachen ☐ Teppichsaugen
☐ Sprayanwendung ☐ Rauch ☐ Klimaanlage
☐ bei bestimmten Hobbies (wenn ja, bei welchen: _____)
Besondere Hobbies? ☐ Imkerei ☐ Tierzucht ☐ Reiten ☐ Heimwerken
☐ während/ ☐ nach Belastung
☐ bei Aufregung ☐ beim Streiten /☐beim Lachen

11. Besteht zeitweilige oder völlige **Beschwerdefreiheit**? ☐ nein

- ☐ in bestimmten Zimmern ☐ Gebäuden ☐ bei Verwandten _____
☐ an der See ☐ im Hochgebirge
☐ bei Regen ☐ bei Feuchtigkeit ☐ bei längerer Trockenheit
☐ im Urlaub ☐ am Wochenende
☐ im Sommer ☐ im Winter

12. Bestehen regelmäßige **Tierkontakte**? ☐ nein

Wenn ja, zu welchen Tieren besteht regelmäßiger Kontakt?

- ☐ Hund ☐ Katze ☐ Pferd ☐ Rind
☐ Huhn ☐ Ente ☐ Taube
☐ Kaninchen ☐ Goldhamster ☐ Meerschweinchen
☐ Wellensittich ☐ Kanarienvogel ☐ Sonstige: _____

Wo besteht regelmäßiger Tierkontakt?

- ☐ in der Wohnung ☐ im Haus ☐ in der Scheune
☐ bei Freunden ☐ Nachbarschaft ☐ Verwandten

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
MB, WT/PA	Allergie- und Asthmafragebogen Pädiatrie	WT/PA	1	3 von 6



Welche Haustiere haben Sie ? _____ ☐
keine

13. Treten bei oder nach Tierkontakt deutliche Beschwerden auf? ☐ ja ☐ nein

14. Wird innerhalb der Wohnung **geraucht**? ☐ ja, ☐ wie viel? _____ ☐ nein
Kontakt zu Tabakrauch? ☐ ja, ☐ wo und wie oft? _____

15. Besteht eine Abneigung gegenüber bestimmten Speisen?/Getränken? ☐ ja, gegen _____ ☐ nein

16. Sind schon Unverträglichkeiten nach Genuss bestimmter **Nahrungsmittel** beobachtet worden oder bekannt?
☐ ja, ☐ Ausschlag um den Mund ☐ Heiserkeit ☐ Husten ☐ Luftnot ☐ nein
☐ nach Erdbeeren ☐ Apfelsinen ☐ anderen Früchte _____
☐ Nüssen ☐ Nusspeisen ☐ farbigen Süßigkeiten ☐ Eier ☐ Milch ☐ Fisch

17. Bestehen Unverträglichkeiten gegenüber **Medikamenten**? Wenn ja, welche und welches Medikament: _____

18. Besteht eine Überempfindlichkeit gegenüber **Insektenstichen** (Biene, Wespe?) ☐ nein
☐ ja, ☐ Schwellungen (☐ < 10 cm Durchmesser, ☐ > 10 cm Durchmesser) ☐ Rötungen ☐ anhaltendes Jucken
☐ Nesselsucht ☐ Lippenschwellung ☐ Atemnot

19. Liegt ein Notfallset vor (z.B. bei Insektengiftallergie? Nahrungsmittelallergie?) ☐ nein
Bestehend aus : _____

20. Wurden empfindliche Reaktionen der Haut beim Tragen von **Kleidungsstücken** beobachtet? ☐ ja ☐ nein
☐ Wolle/Pelz ☐ Baumwolle ☐ Kunstfaser ☐ Federn

21. Aus welchem **Material bestehen Kopfkissen, Bettdecke, Matratze**?
Bettdecke/Kissen: ☐ Federn ☐ Daunen ☐ Wolle ☐ Kunstfasern ☐ Seide ☐ Wolle
Matratze/Unterlage: ☐ aus Seegras ☐ Rosshaar ☐ Kapok ☐ Schaumstoff ☐ Federkern?

22. Verwenden Sie allergendichte Bezüge? ☐ ja ☐ nein

23. Welcher Bodenbelag besteht im Schlafzimmer ? _____

24. Besteht eine Störung der Nachtruhe durch die Beschwerden des Kindes? ☐ ja ☐ nein

25. Gibt es auf Grund der Beschwerden Fehlzeiten in der Schule/im Kindergarten? ☐ ja ☐ nein

☐ ja, und zwar: _____



26. Therapie der Beschwerden:

Welche Medikamente erhält ihr Kind zur Beschwerdezeit? Wie oft? Dosis?

Inhalationsmedikamente: _____

Antiallergika: _____

Hautcremes: _____

Wie oft inhaliert ihr Kind mit Salbutamol? _____

Wann zuletzt? _____

Besteht eine Dauermedikation? ☐ nein

☐ ja, mit _____

Hat ihr Kind jemals mit einem Kortisonpräparat inhaliert? ☐ nein

☐ ja, mit _____

War schon einmal die Gabe von Kortison-Zäpfchen und Saft/Tbl. nötig? ☐ ja ☐ nein

Haben sie ein Gerät zur ☐ Feuchtinhalation? ☐ Vorschaltkammer z.B. Vortex/Aerochamber? ☐ ja ☐ nein

Wird ein Peak-Flow-Protokoll geführt? ☐ ja ☐ nein

27. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt? Wo und wann?

☐ Röntgen der Lunge (Befund?) _____

☐ Lungenfunktionsprüfung (Befund?) _____

☐ Allergietest, bei wem: _____ ☐ Blutuntersuchung ☐ Haut-/Prick-Test

Positives Ergebnis für: ☐ Pollen ☐ Tierhaare ☐ Schimmelpilze ☐ Nahrungsmittel ☐ Hausstaubmilben

28. Andere Maßnahmen:

☐ Ernährungsumstellung, ☐ Homöopathie ☐ Bioresonanz ☐ Eigenblut

☐ Heilpraktiker

☐ Reha/Kurklinik

☐ HNO-ärztlichen Untersuchung

Operationen: ☐ Polypen ☐ Rachenmandel ☐ Gaumenmandel ☐ Nebenhöhlen

29. Wurde schon eine Hypo-/Desensibilisierung durchgeführt? ☐ subcutan ☐ sublingual

Von wann bis wann? _____ Welches Präparat?: _____

30. Stationäre Aufenthalte? (Wann, wo und weshalb?) _____



31. Vorerkrankungen? Operationen? _____

32. Impfungen bisher vollständig? ☐ ja ☐ nein, es fehlen: _____

33. Geburt: Schwangerschaftswoche: _____ ☐ normal ☐ Kaiserschnitt Geburtsgewicht: _____ g
Komplikationen Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenenphase? _____
Beatmungspflichtigkeit?
Ernährung: Muttermilch über _____ Monate

34. Gibt es bei Blutsverwandten die bisher beschriebenen Auffälligkeiten/Beschwerden? ☐ nein
Mutter

- ☐ Asthma ☐ allergischer Schnupfen ☐ Pollenallergie ☐ Tierhaarallergie ☐ HSM-Allergie
☐ Nahrungsmittelallergie ☐ Neurodermitis ☐ Kontaktekzem ☐ Immundefekt
☐ sonstige: _____

Vater

- ☐ Asthma ☐ allergischer Schnupfen ☐ Pollenallergie ☐ Tierhaarallergie ☐ HSM-Allergie
☐ Nahrungsmittelallergie ☐ Neurodermitis ☐ Kontaktekzem ☐ Immundefekt
☐ sonstige: _____

Geschwister

- ☐ Bruder, ☐ Schwester (Alter: _____ Jahre/Monate)
☐ Asthma ☐ allergischer Schnupfen ☐ Pollenallergie ☐ Tierhaarallergie ☐ HSM-Allergie
☐ Nahrungsmittelallergie ☐ Neurodermitis ☐ Kontaktekzem ☐ Immundefekt
☐ sonstige: _____

- ☐ Bruder, ☐ Schwester (Alter: _____ Jahre/Monate)
☐ Asthma ☐ allergischer Schnupfen ☐ Pollenallergie ☐ Tierhaarallergie ☐ HSM-Allergie
☐ Nahrungsmittelallergie ☐ Neurodermitis ☐ Kontaktekzem ☐ Immundefekt
☐ sonstige: _____

- ☐ Bruder, ☐ Schwester (Alter: _____ Jahre/Monate)
☐ Asthma ☐ allergischer Schnupfen ☐ Pollenallergie ☐ Tierhaarallergie ☐ HSM-Allergie
☐ Nahrungsmittelallergie ☐ Neurodermitis ☐ Kontaktekzem ☐ Immundefekt
☐ sonstige: _____

- ☐ Bruder, ☐ Schwester (Alter: _____ Jahre/Monate)
☐ Asthma ☐ allergischer Schnupfen ☐ Pollenallergie ☐ Tierhaarallergie ☐ HSM-Allergie
☐ Nahrungsmittelallergie ☐ Neurodermitis ☐ Kontaktekzem ☐ Immundefekt
☐ sonstige: _____