



Fragebogen für Kinder und Jugendliche mit allergischen Erkrankungen und/oder Atemwegsbeschwerden

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Datum: _____

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

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte/r Patient/in,

um das Gespräch mit der Ärztin / 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. In welchem Alter war der Beschwerdebeginn? _____

4. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen?

Haut:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Milchschorf | ☐ Häufige Entzündungen | ☐ Ekzem |
| ☐ Nesselsucht, Quaddeln | ☐ Rötungen der Haut | ☐ Neurodermitis |
| ☐ Juckreiz im Po-Bereich | ☐ Juckreiz der Haut | |
| ☐ Kontaktallergien | Wenn ja, welche: _____ | |
| ☐ Schmuck | ☐ Metall | ☐ Pflaster |
| ☐ Latex | ☐ Sonstige: _____ | |

Augen/Ohren/Nase/Mund

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Schwellung der Augenlider | ☐ Schwellung der Lippen | |
| ☐ Schwellung der Augenpartie | ☐ Schwellung im Mundbereich | |
| ☐ Juckreiz der Lippen | ☐ Juckreiz der Augen | ☐ Juckreiz am Gaumen |
| ☐ Augenrötung | ☐ Augentränen | ☐ Häufiger Schnupfen |
| ☐ Heuschnupfen | ☐ Dauerschnupfen | ☐ Fließschnupfen |
| ☐ Vergrößerte Mandeln | ☐ Stockschnupfen/ verstopfte Nase | |
| ☐ Mandelentzündungen | ☐ Polypen im Nasen-Rachenraum | |
| ☐ Stirnkopfschmerz | ☐ Halbseitiger Kopfschmerz | ☐ Migräne |
| ☐ Lichtempfindlichkeit | ☐ Lichtscheu | |
| ☐ Häufige Mittelohrentzündung | ☐ Nächtliches Schnarchen | |
| ☐ Niesanfälle mehr als 5x hintereinander | | |
| ☐ Mehr als 6x fieberhafte Erkältungskrankheiten im Jahr | | |
| ☐ Kiefernhöhlen- / Stirnhöhlenentzündungen | | |



Atemwege

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Reizhusten | ☐ Heiserkeit | ☐ Ständiges Räuspern |
| ☐ Häufiger Husten als Säugling | ☐ Häufiger Husten als Kleinkind | |
| ☐ Bronchitis | ☐ Spastische / obstruktive Bronchitis | |
| ☐ Krupphusten, Pseudokrupp | ☐ Pfeifen und Röcheln in den Bronchien | |
| ☐ Atembeklemmung | ☐ Atemnot u.a. bei Anstrengung | |
| ☐ Asthma | | |
| ☐ Auswurf? Farbe: | | |

Wann?

- ☐ ganzjährig ☐ einige Wochen im Jahr ☐ selten

Wie viel?

- ☐ sehr viel ☐ reichlich ☐ sehr wenig

Magen-Darm-Trakt

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Magenbeschwerden | ☐ Bauchbeschwerden | ☐ Darmbeschwerden |
| ☐ Krampfartige Bauchschmerzen | ☐ Wiederholtes Erbrechen | ☐ Häufige Durchfälle |
| ☐ Juckreiz Mund/Rachen | ☐ Schlechtes Gedeihen | |
| ☐ Häufiges Aufstoßen | ☐ Säuerlicher Mundgeruch | |

Bestehende oder bestandene Wurmerkrankungen ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wurde eine Wurmkur durchgeführt? ☐ ja ☐ nein Wann? _____

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

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

- ☐ morgens ☐ am Vormittag ☐ am Abend ☐ beim Einschlafen ☐ nachts
- ☐ täglich ☐ an fast 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?

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

8. **Wohnsituation** der Familie

- ☐ feuchter Altbau ☐ Bauernhaus ☐ Neubau
- ☐ Großstadt ☐ Kleinstadt ☐ auf dem Land ☐ Industriegebiet

Beobachten Sie im Haus:

- ☐ Stockflecken ☐ Schimmel hinter Bildern ☐ Schimmel an Wänden

Gibt es im Schlafzimmer:

- ☐ Zimmerpflanzen ☐ Teppiche



9. **Wohnen Sie** in der Nähe bzw. umgeben von:

- ☐ Wiesen / Felder ☐ Wald ☐ staub- und geruchsbelästigenden Unternehmen/Industrie

10. Treten die Beschwerden bei **bestimmten Tätigkeiten** auf?

- ☐ Spielen ☐ Toben ☐ Laufen ☐ Rasenmähen ☐ Fegen
☐ Staubwischen ☐ Bettenmachen ☐ Teppichsaugen ☐ Rauch ☐ Klimaanlage
☐ Sprayanwendung ☐ während Belastung ☐ nach Belastung ☐ Bei Aufregung / Streit ☐ beim Lachen

☐ bei bestimmten Hobbys (wenn ja, bei welchen)?

Besondere Hobbies? ☐ Imkerei ☐ Tierzucht ☐ Reiten ☐ Heimwerken

11. Besteht zeitweilige oder vollständige **Beschwerdefreiheit**?

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

12. Bestehen regelmäßig **Tierkontakte**?

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

Wo besteht regelmäßiger Tierkontakt?

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

Welche Haustiere haben Sie? _____

13. Treten bei oder nach Tierkontakt deutliche Beschwerden auf?

- ☐ ja ☐ nein

14. Wird innerhalb der Wohnung **geraucht**?
Kontakt zu Tabakrauch?

- ☐ ja, wie viel _____ ☐ nein
☐ 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 ☐ nein
☐ Ausschlag am Mund ☐ Heiserkeit ☐ Husten ☐ Luftnot
☐ nach Erdbeeren ☐ Apfelsinen ☐ andere Früchte
☐ Nüsse ☐ Nusspeisen ☐ farbige Süßigkeiten
☐ Eier ☐ Milch ☐ Fisch

17. Bestehen Unverträglichkeiten gegenüber **Medikamenten**? Wenn ja, welche:



18. Besteht eine Überempfindlichkeit gegenüber **Insektenstichen** (Bienen, Wespen)?

- ☐ ja ☐ nein
- ☐ Schwellungen ☐ < 10 cm Durchmesser ☐ > 10 cm Durchmesser ☐ Rötungen
- ☐ anhaltendes Jucken ☐ Nesselsucht ☐ Atemnot ☐ Lippenschwellung

19. Liegt ein **Notfallset** vor z.B. bei Insektengift- oder Nahrungsmittelallergie?

- ☐ ja ☐ 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: ☐ 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 aufgrund der Beschwerden Fehlzeiten in der Schule / im Kindergarten?

- ☐ ja, und zwar: _____ ☐ nein

26. **Therapie der Beschwerden:**

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

Inhalationsmedikamente: _____

Antiallergika: _____

Hautcremes: _____

Wie oft inhaliert Ihr Kind mit Salbutamol? _____

Wann zuletzt? _____

Besteht eine Dauermedikation

- ☐ ja mit _____ ☐ nein

Hat Ihr Kind jemals mit einem Kortisonpräparat inhaliert?

- ☐ ja mit _____ ☐ nein

War schon einmal die Gabe von Kortison-Zäpfchen und Saft / Tbl. Nötig?

- ☐ ja ☐ nein

Haben Sie ein Gerät zur Feuchtinhalation?

- ☐ ja ☐ nein

Vorschaltkammer z.B. Vortex/Aerochamber?

- ☐ ja ☐ nein

Wird ein Peak-Flow-Protokoll geführt?

- ☐ ja ☐ nein



Kinder- und Jugendmedizin

Chefarzt PD Dr. med. Wolfgang Thomas

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 ☐ Schimmelpilz
- ☐ Nahrungsmittel ☐ Hausstaubmilben

28. **Andere Maßnahmen**

- ☐ Ernährungsumstellung ☐ Homöopathie ☐ Bioresonanz
- ☐ Eigenblut ☐ Heilpraktiker ☐ Reha / Kurklinik
- ☐ **HNO-ärztliche Untersuchung**
- Operationen: ☐ Polypen ☐ Rachenmandel ☐ Gaumenmandel ☐ Nebenhöhlen

29. Wurde schon eine **Hypo- / Desensibilisierung** durchgeführt?

- ☐ ja ☐ nein ☐ 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: _____ ☐ vaginal ☐ Kaiserschnitt Geburtsgewicht: _____

Komplikationen Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenenphase? _____

Beatmungspflichtigkeit? ☐ ja ☐ nein

Ernährung: Muttermilch über _____ Monate



34. Gibt es bei Blutsverwandten die bisher beschriebenen Auffälligkeiten / Beschwerden

Mutter

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

Vater

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---------------------------------------|
| ☐ Asthma | ☐ allergischer Schnupfen | ☐ Pollenallergie | ☐ Tierhaarallergie | ☐ HSM-Allergie |
| ☐ Immundefekt | ☐ Neurodermitis | ☐ Kontaktekzem | | |
| ☐ sonstige | | | | |

Geschwister

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

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

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