



## Allergie – Elternfragebogen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_

Es besteht ein deutlicher Hinweis, dass es sich bei den Beschwerden Ihres Kindes um eine allergische Erkrankung handeln könnte. Allergische Erkrankungen muss man vermuten bei:

- häufigem Jucken der Haut, der Nase, der Augen
- Nesselfieber bzw. Rötungen und Schwellungen der Haut
- Bindehautentzündungen der Augen
- wiederholt auftretendem Schnupfen oder einer verstopften Nase
- häufigen Erkältungsneigungen und Husten
- anfallsweise Kopfdruck oder Kopfschmerz
- anfallsweise Erbrechen oder Durchfall
- Jucken im Pobereich
- Gelenkbeschwerden mit Schwellungen und Rötungen

### 1. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen:

- a  Milchschorf  häufige Hautentzündungen im Windelbereich  Ekzem  Nein
- b  Nesselsucht  Quaddeln und Rötungen der Haut  Nein  
 Juckreiz der Lippen  der Augen  im Rachen  im Pobereich
- c  Schwellung der Augenlider  der Augenpartie  des Mundbereichs  Nein
- d  häufiger Husten als Säugling/Kleinkind  Nein  
 Bronchitis  Reizhusten  Krupphusten  spastische Bronchitis
- e  Pfeifen und Röcheln in den Bronchien  Atembeklemmung  Atemnot  Nein  
 Asthma
- f  häufiger Schnupfen  verstopfte Nase  Heuschnupfen  Nein
- g  Niesanfälle mehr als 5-mal nacheinander  Stockschnupfen  Nein  
 Polypen im Nasen-/Rachenraum  
 vergrößerte Mandeln und Mandelentzündungen  
 Kieferhöhlen-/Stirnhöhlenentzündungen  
 mehr als 6-mal fieberhafte Erkältungskrankheiten im Jahr  
 Stirnkopfschmerz  halbseitiger Kopfschmerz  Migräne  
 Lichtempfindlichkeit  Lichtscheu  Augentränen
- h  Magenbeschwerden  Bauchbeschwerden  Nein  
 Darmbeschwerden  häufige Durchfälle
- i Besteht oder bestanden Wurmerkrankungen?  Ja  Nein  
Wenn ja, wurde eine Wurmkur durchgeführt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

### 2. Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf?

- morgens  am Vormittag  am Abend  beim Einschlafen  Nein  
 nachts zu bestimmten Zeiten



**3. Sind die Beschwerden in bestimmten Monaten am schlimmsten?**

- Januar  Februar  März  April  Mai  Juni  Juli  August  September  Nein  
 Oktober  November  Dezember  bei Beginn der Heizperiode

**4. Seit wie vielen Monaten/Jahren bestehen die Beschwerden?**

\_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Monate

**5. Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?**

- a  Haus  Küche  Kinderzimmer  Keller  Dachboden  Nein  
b  Scheune  Tierstall  Garten  Feld  Wiesen  Wald  Nein  
c bei  Großeltern  Tanten  Onkeln  Freunden o. a.  Nein

**6. Treten die Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten vermehrt auf?**

- Spielen  Toben  Laufen  Rasenmähen  Fegen  Staubwischen  Nein  
 Bettenmachen  Teppichsaugen  bei bestimmten Hobbys: \_\_\_\_\_

**7. Besteht zeitweilige oder völlige Beschwerdefreiheit?**

- in bestimmten Zimmern  in Gebäuden  bei Verwandten  an der See  Nein  
 im Hochgebirge  an feuchten Tagen  bei Regen  bei längerer Trockenheit

**8. Bestehen regelmäßige Tierkontakte?**

- in der Wohnung  im Haus  in der Scheune  bei Freunden  Nein  
 in der Nachbarschaft  bei Verwandten  
mit  
 Hund  Katze  Pferd  Rind  Huhn  Ente  Taube  Kaninchen  
 Goldhamster  Wellensittich  Kanarienvogel  Meerschweinchen

**9. Treten bei oder nach Tierkontakten deutliche Beschwerden auf?**

- Ja  Nein

**10. Sind schon Unverträglichkeiten beobachtet worden oder bekannt?**

- a gegen bestimmte Nahrungsmittel  
 Erdbeeren  Apfelsinen  andere Früchte: \_\_\_\_\_  Nein  
 Nüsse  Nusspeisen  farbige Süßigkeiten  Eier  Milch  Fisch
- b bei Medikamenten  Ja  Nein
- c besteht Empfindlichkeit der Haut bei Pflaster  Ja  Nein



**11. Gab es vermehrt Reaktionen bei Insektenstichen/-bissen?**

- Schwellungen  Rötungen  anhaltendes Jucken  Nein  
 andere Reaktionen wie z. B. Atemnot  
Wenn ja, bei welchem Insekt?  
 Mücke  Floh  Biene  Wespe

**12. Wurden empfindliche Reaktionen der Haut beim Tragen von Kleidungsstücken beobachtet?**

- Ja  Nein  
Wenn ja, bei  Wolle  Pelz  Baumwolle  Kunstfaser  Federn

**13. Aus welchen Materialien besteht das Bett?**

- Kopfkissen und Bettdecke aus  Federn  Daunen  Wolle  Kunstfasern  
Matratze/Unterlage aus  Seegras  Rosshaar  Kapok

**14. Gibt es bei Blutsverwandten die bisher beschriebenen Auffälligkeiten/Beschwerden?**

- Großmutter  Großvater  Mutter  Vater  Schwester  Bruder  Tante  Nein  
 Onkel  Cousine  Cousin (mütterlicherseits)  Cousin (väterlicherseits)

**15. Wohnt die Familie im feuchten Altbau/Bauernhaus und beobachten Sie im Haus Stockflecken, Schimmel hinter Bildern oder an Wänden in nicht beheizten Räumen?**

- Ja  Nein

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

- Wiesen  Feldern  Wald  Nein  
 staub- und geruchsbelästigende Unternehmen  Industrie

**17. Wurden schon häufig/regelmäßig gegen die Beschwerden Medikamente eingenommen?**

- Ja  Nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**18. Wurde schon einmal ein Allergietest durchgeführt?**

- Ja  Nein

Wenn ja, von wem und mit welchem Ergebnis:

**19. Wurde schon eine Hypo-/Desensibilisierung versucht?**

- Ja  Nein  
Wenn ja, womit: \_\_\_\_\_

Besserung: \_\_\_\_\_