



Fragebogen

zur Diagnose allergischer Erkrankungen

Liebe Eltern, Liebe Patienten,
nachfolgend bitten wir Sie um das möglichst genaue Ausfüllen des Fragebogens.
Dies ist wichtig für die genaue Erhebung der Vorgeschichte und daraus folgenden Therapiekonsequenzen.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Leidet oder litt Ihr Kind an folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

- Augenjucken/-brennen/-tränen Heuschnupfen Dauerschnupfen
 Häufiger Husten Hautausschlag, Ekzem, Nesselsucht
 Asthma, Atemnot – Falls ja, wie oft hat ihr Kind Luftnot?
 Atemnot oder Asthma an den meisten Tagen und Nächten des Jahres
 Atemnot- oder Asthmaanfälle mehr als einmal pro Woche tagsüber oder in mehr als zwei Nächten pro Monat
 Atemnot- oder Asthmaanfälle höchstens einmal in der Woche tagsüber oder in höchstens zwei Nächten pro Monat
 Atemnot nur bei körperlicher Belastung

Wann/Wo leidet Ihr Kind an den Beschwerden?

- Das ganze Jahr hindurch gleichbleibend Im Freien
 Nur zu bestimmten Jahreszeiten (bitte ankreuzen) In Innenräumen (Wohnung usw.)
 (bitte notieren Sie den jahreszeitlichen Schweregrad **1,2** oder **3** der Beschwerden) Im Bett
 Das ganze Jahr und verstärkt zu bestimmten Jahreszeiten
 (bitte notieren Sie den jahreszeitlichen Schweregrad **1,2** oder **3** der Beschwerden)

Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.

1 = leicht, 2 = mäßig, 3 = stark

- Bei bestimmten Tätigkeiten (Arbeit, Hobby, Hausarbeit...) – Bei welchen? _____
 Bei Kontakt mit Tieren – Bei welchen? _____
 Halten Sie Tiere oder hat Ihr Kind häufig Kontakt mit Tieren – Welche? _____
 Wie lange hat Ihr Kind die Beschwerden schon? _____



Bestehen noch andere Erkrankungen? Nein Ja – Welche? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

Nein Ja – Welche? _____

(Bitte alle Medikamente eintragen, die Ihr Kind im Moment einnimmt)

Sind bei nahen Blutsverwandten Allergien, Heuschnupfen oder Asthma bekannt? Nein Ja

Können Sie bereits Dinge in Ihrer Umgebung benennen, auf die Ihr Kind möglicherweise reagiert?

Gibt es Medikamente, die Ihr Kind nicht verträgt? Nein Ja – Welche? _____

Gibt es Lebensmittel, die Ihr Kind nicht verträgt? Nein Ja – Welche? _____

Ist bei Ihrem Kind eine Insektengiftallergie bekannt? Nein Ja – Welche? _____

Wurde bei Ihrem Kind bereits ein Allergietest durchgeführt? Nein Ja – Ergebnis: _____

Hat Ihr Kind einen Allergiepass? Nein Ja

Wurde bereits eine Hyposensibilisierung durchgeführt?

Nein Ja – Mit welchen Allergenen? _____

Wann und wie lange? _____ Präparatnamen _____ Mit Spritzen Mit Tropfen Mit Tabletten

Hat diese zu einer Besserung geführt? Ja, gut Mäßig Nicht zufriedenstellend

Mit Nebenwirkungen? Nein, gut vertragen Ja (Bitte beschreiben) _____