

ALLERGIEFRAGEBOGEN FÜR KINDER



Die Ursache für die Beschwerden Ihres Kindes könnte eine Allergie sein. Mit Hilfe der nachfolgenden Fragen wollen wir versuchen, dies zu klären. Bitte lesen Sie sich den Bogen in Ruhe durch und beantworten Sie möglichst alle Fragen genau. Sie helfen damit, eventuelle allergische Ursachen für die Beschwerden Ihres Kindes zu entdecken.

Patientenangaben

Name: _____

Vorname: _____

Datum, Ort: _____

männlich weiblich divers

Kommen in Ihrer Familie Allergien vor?

z. B. Heuschnupfen, Tierallergien, Asthma oder allerg. Hauterkrankungen

Nein Ja Wer? _____

Seit wann hat Ihr Kind die Beschwerden?

Seit _____ Jahren

Welche Beschwerden sind es genau?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> verstopfte Nase | <input type="checkbox"/> Augenrötung/Augenjucken | <input type="checkbox"/> Jucken/Schwellung im Mundraum |
| <input type="checkbox"/> laufende Nase | <input type="checkbox"/> Atemnot/Husten/Asthma | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Niesen/Niesattacken | <input type="checkbox"/> allerg. Hautausschlag/
Milchschorf | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit/
Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

Falls die Beschwerden saisonal auftreten: In welchen Monaten treten sie auf?

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

Falls die Beschwerden ganzjährig auftreten: Zu welcher Tageszeit treten sie auf?

morgens tagsüber abends nachts

Was löst nach Ihrer Einschätzung die Symptome aus?

- Pollen Hausstaubmilben Tierhaare Schimmel
- Nahrungsmittel (welche?) _____

Wie sehr beeinträchtigen die Beschwerden Ihr Kind?

(1 = überhaupt nicht störend / 10 = unerträglich störend):

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wo treten die Beschwerden auf?

- im Freien im Bett in feuchten/trockenen
Räumen (zutreffendes
unterstreichen)
- in Innenräumen in der Krippe/Kita/Schule
- Sonstige: _____

Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Allergie-Diagnostik durchgeführt?

Hauttest (Datum, Ergebnisse, Wo?): _____

Blutuntersuchung (Datum, Ergebnisse, Wo?): _____

Hat Ihr Kind bereits eine Allergie-Therapie erhalten?

Antiallergische Medikamente: _____

Hyposensibilisierung (Allergie-Immuntherapie) (Datum, Was?): _____

Falls Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnimmt, welche sind das?

- Betablocker Asthma-Medikamente Immunsuppressiva
- Sonstige: _____

Falls Ihr Kind noch andere Erkrankungen hat, welche sind das?

- Herz-Kreislauf-Erkrankung Autoimmunerkrankung Nierenerkrankung
- Lungenerkrankung Immundefekterkrankung Tumorerkrankung (bösartige)
- chronische Infektion
(HIV, Hepatitis C o.ä.) chronisch entzündliche
Erkrankung Erkrankung des Zahnfleischs/
der Mundschleimhaut
- Andere/nähere Angaben _____