



Gemeinschaftspraxis
für Kinder und Jugendliche

Dr. med. Christina Kronlage
Yvonne von der Twer

www.meinekinderärztinnen.de

Fragebogen zur Anamnese allergischer Erkrankungen

Name, Vorname Patient

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

Krankenkasse

Warum möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen?

1) Schwangerschaftsverlauf/-geburt

Kompliziert?

ja | Weswegen:

nein

2) Ernährung

Muttermilch

ja | Wie lange voll gestillt: _____ Monate

nein

Beikost (Gläschen/Brei)

ab welchem Alter: _____ Monate

Werden Nahrungsmittel gemieden?

ja | Welche:

nein

Aktuelle Ernährung?

Vollmischkost Sonstige

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?

3) Haut

Trockene Haut

ja

nein

Milchschorf

ja

nein

Ekzeme

ja

nein

Diagnose Neurodermitis gestellt?

ja | Wenn ja, mit welchem Alter: _____

nein



Zusammenhang mit Nahrungsmitteln? ja | Wenn ja, mit welchen: _____ nein

Bisherige Therapie? _____

Verschlechterung durch Infekt ja nein Stress ja nein

Verlauf im letzten Jahr? _____

4) Auge/Nase

Leidet Ihr Kind zu einer bestimmten Jahreszeit unter Augenjucken? ja | Wenn ja, welche Monate: _____ nein

Leidet Ihr Kind zu einer bestimmten Jahreszeit unter wässrigem Schnupfen/ behinderter Nasenatmung? ja | Wenn ja, welche Monate: _____ nein

Schnarchen? (auch ohne Infekt) ja nein

5) Lunge

Wie oft hat Ihr Kind schon eine obstruktive (= spastische) Bronchitis gehabt? _____

Hat Ihr Kind schon häufig bei Infekten Atemnot gehabt? ja nein

Haben Sie dabei pfeifende Geräusche bei der Atmung gehört? ja nein

Leidet Ihr Kind häufig an Husten? ja nein

Tritt dieser Husten zu bestimmten Tages-/Jahreszeiten auf? ja | Wenn ja, wann: _____ nein

nach dem Aufstehen tagsüber Winter
 abends nachts Sommer

Leidet Ihr Kind bei folgenden Gelegenheiten unter Husten/Pfeiffen oder Luftnot?

	Husten/Pfeiffen	Luftnot	
Körperlicher Belastung (Sport,Toben)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Aufenthalt in Wald und Wiesen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kaltem oder nassem Wetter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kontakt mit Tieren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Wenn ja, mit welchen Tieren? _____

Wurde die Diagnose Asthma schon gestellt? ja | Wenn ja, wann? _____ nein



6) Medikamente

Hat Ihr Kind schon einmal ein Medikament gegen seine Bronchitis/sein Asthma nehmen müssen?

ja | Welches?

nein

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind im Moment gegen seine Bronchitis/sein Asthma und in welcher Dosis?

Medikament	Dosis
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Welches Medikament nimmt Ihr Kind im Notfall?

1. _____

2. _____

Wird vor Sport regelmäßig Salbutamol inhaliert:

ja nein

Hyposensibilisierung:

ja | Wenn ja, wogegen: nein

7) Anzahl stationärer Aufenthalte wegen oben genannter Probleme

Wann: _____

Wo: _____

Anzahl bisheriger Kuren: _____ keine

Asthmaschulung erfolgt: ja nein
 geplant Wann: _____

Impfstatus nach Stikoempfehlungen: ja nein

8) Infekte

Wie viele Infekte (mit Husten, Schnupfen, Fieber) hatte Ihr Kind im letzten Jahr? _____

Fanden sich hierbei schwere Infekte? Lungen-/Hirnhaut-/Nierenentzündung, Hautabszesse? _____

Nehmen die Infekte an Häufigkeit zu oder ab? _____



9) Diagnostik

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? nein ja, welche:

Ist schon einmal ein Allergietest durchgeführt worden? nein ja, wann:
und wie: Hauttest Bluttest

Falls eine Hausstaubmilbenallergie bekannt ist, welche Maßnahmen haben Sie durchgeführt?

Hat Ihr Kind schon einmal ein Röntgen der Lunge erhalten? ja nein

Wenn ja, wann:

Ergebnis:

Ist bei Ihrem Kind schon einmal ein Schweißtest durchgeführt worden? ja nein
Ergebnis:

Ist bei Ihrem Kind schon einmal ein Tuberkulosetest durchgeführt worden? ja nein
Ergebnis:

10) Familie

Haben Sie noch mehr Kinder?

Sind in Ihrer Familie Allergien bekannt, wenn ja, bei wem und welche?

Gibt es chronische Erkrankungen in der Familie, wenn ja, bei wem und welche?

Halten Sie Haustiere? Welche?

Wer raucht in der Familie?

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer?

Was halten Sie außer den hier aufgeführten Fragen noch für wichtig?