



## 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  
☐ abends  
☐ nachts

☐ Winter  
☐ Sommer

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

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