

Fragebogen - Allergie / Asthma

Name: _____
Geb.-Dat.: _____

Datum: _____

Liebe Eltern, Liebe(r) Patient(in),
aufgrund der bestehenden Beschwerden, soll eine weiterführende Abklärung einer möglichen Allergie oder Asthma erfolgen. Dafür brauchen wir Ihre Unterstützung! Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen in Ruhe aus. Bitte kreuzen Sie und unterstreichen Sie zutreffende Aussagen an (manchmal können auch mehrere Aussagen zutreffen) bzw. machen Sie Ihre Bemerkungen.

1. Bestehen oder bestanden folgende Beschwerden oder Krankheitserscheinungen?

- Milchschorf, trockene gerötete Haut oder Ekzem/Neurodermitis nein ja
- Nesselsucht, Quaddeln mit Juckreiz nein ja
- Rötung der Augen mit vermehrtem Tränenfluss und Juckreiz nein ja
- Niesattacken, häufiger Schnupfen, verstopfte Nase, Heuschnupfen nein ja
- vergrößerte Mandeln, Polypen, Schnarchen, Kopfschmerzen nein ja
- häufiger Husten, Reizhusten, Krupphusten, Bronchitis nein ja
- pfeifende Atmung, Röcheln, Atemnot oder Asthma nein ja
- Lungenentzündungen (wie oft?: _____) nein ja
- Mittelohr- oder Nasennebenhöhlenentzündungen (wie oft?: _____) nein ja
- Schwellungen im Mundbereich, der Augenpartie nein ja
- Magen-Darm-Beschwerden, häufige Durchfälle nein ja

2. Seit wann bestehen die Beschwerden?

- seit _____ / _____ (Monat/Jahr)

3. Wie oft bestehen die Beschwerden?

- ständig täglich mehrmals pro Woche 1x pro Woche alle 14 Tage
 1 x pro Monat _____

4. Sind die Beschwerden in bestimmten Monaten am schlimmsten?

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

5. Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf?

- nein morgens tagsüber am Abend nachts ganztägig

6. Treten die Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten gehäuft auf?

- nein beim Spielen/Toben beim Sport Staubsaugen/Fegen Gartenarbeit/Wandern

7. Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?

- nein
 im Haus / Kinderzimmer / Keller / auf dem Dachboden
 in Scheune / Garten / Tierstall / Feld / Wiesen / Wald

8. Besteht zeitweilige oder völlige Beschwerdefreiheit?

- nein in Gebäuden an der See im Hochgebirge an feuchten Tagen /Regen
 bei längerer Trockenheit _____

9. Bestehen regelmäßige Tierkontakte?

- nein in der Wohnung auf dem Grundstück bei Freunden/Verwandten
 Hund Katze Pferd Kaninchen Hamster Meerschweinchen
 Wellensittich Kanarienvogel Taube _____

Name: _____
Geb.-Dat.: _____

Datum: _____

10. Treten bei oder nach Tierkontakten Beschwerden auf?

- nein ja

11. Sind weitere Unverträglichkeiten beobachtet worden oder bekannt?

- nein
 gegen Medikamente welche?: _____
 gegen Nahrungsmittel welche?: _____
 gegen Kleidung (z.B. Wolle)
 gegen Metalle / Latex / Pflaster
 gegen Insektenstiche welche?: _____

12. Es gibt im häuslichen Umfeld:

- Federbetten und Federkissen
 viele Topfpflanzen
 Heizungs-Luftanfeuchter
 feuchte Wände / Schimmel
 Raucher

13. Gibt es Blutsverwandte mit bisher genannten Auffälligkeiten oder Beschwerden?

- nein
 Mutter Vater Geschwister Großmutter Großvater
 Tante Onkel _____

14. Wurden schon lindernde Medikamente gegen die Beschwerden genommen?

- nein ja , welche (Name und Dosierung): _____
 ja , welche (Name und Dosierung): _____
 ja , welche (Name und Dosierung): _____
 ja , welche (Name und Dosierung): _____

15. Wurde schon einmal ein Allergietest durchgeführt?

- nein
 ja , wann, wo, Ergebnis?: _____
 ja , wann, wo, Ergebnis?: _____

16. Folgende Untersuchungen sind schon erfolgt:

- Röntgen der Lunge wann und wo?: _____
 Schweißtest wann und wo?: _____
 Herzultraschall wann und wo?: _____
 Lungenfunktion wann und wo?: _____

Ihre Bemerkungen

Vielen Dank für Ihre Hilfe!