

MVZ Am Rathaus
Praxis für Kinder- & Jugendmedizin

Dr. med. M. Käding

Allergologische Anamnese

Fragebogen 

Allergologische Anamnese

1.
Raum für Eintragungen
des Arztes

Bei allergischen Erkrankungen reagiert Ihr Kind auf bestimmte Stoffe, die meist in der Umgebung zu finden sind. Um zu erkennen, ob eine Krankheit allergisch bedingt ist und welche Stoffe dabei beteiligt sind, benötigt der Arzt möglichst genaue Angaben über Beschwerden, Krankenhausverlauf und Umgebung des Patienten.

Beachten Sie, dass sich alle Fragen auf den Patienten, d.h. das erkrankte Kind bzw. den Jugendlichen beziehen.

› **Wer füllt den Fragebogen aus?** Patient selbst/ Eltern/
(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen)

• **Patient**

Name: Vorname:

Geb. Datum:

Adresse:

Tel.-Nr.: Krankenkasse:

Beruf d. Patienten: Hobbys:

• **Mutter**

Name: Vorname:

Geb. Datum: Beruf:

Krankenkasse: Hobbys:

Anschrift Arbeitsstelle:

• **Vater**

Name: Vorname:

Geb. Datum: Beruf:

Krankenkasse: Hobbys:

Anschrift Arbeitsstelle:

› **Zur Zeit Besuch einer „Kindereinrichtung“?**

KiTa Schule Berufsausbildung andere

Bezeichnung:

› **Welche Verwandten haben oder hatten allergische Erkrankungen; z.B. Asthma, Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergie, Nesselsucht, Ekzem?**

Vater:

Mutter:

Geschwister/andere Verwandte:

› **Welche Beschwerden führen zur Untersuchung?**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

› **Seit wie viel Monaten/ Jahren bestehen die Beschwerden/ Alter bei Beginn ?**
.....Jahre/ Monate/ Wochen/ Alter in Jahren

› **Wie wirkt sich körperliche Belastung aus? Sportbefreiung?** ja/ nein

.....

› **Liegen weitere unten aufgeführte Beschwerden vor ?**

(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen)

- | | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Augentränen | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> ständige Mundatmung |
| <input type="checkbox"/> Augenjucken | <input type="checkbox"/> Fließschnupfen | <input type="checkbox"/> verstopfte Nase/
Niesanfalle |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis
ohne/mit Atemnot | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Husten/Reizhusten | <input type="checkbox"/> Mandelentzündung | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Husten nur morgens | <input type="checkbox"/> Husten nur nachts | <input type="checkbox"/> Kruppanfälle |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> schleimiger Stuhl/
Durchfall | <input type="checkbox"/> Juckreiz Pobereich |
| <input type="checkbox"/> Milchschorf | <input type="checkbox"/> wechselnde
Hautquaddeln | <input type="checkbox"/> Schwellung Gesicht |
| <input type="checkbox"/> Ekzem | <input type="checkbox"/> Hautjuckreiz | <input type="checkbox"/> starke Reaktion
auf Insektenstiche |

› **Wann treten die Beschwerden auf?/ welche Monate?/Art der Beschwerden?**

..... Jan/ Feb/ März/ Apr/ Mai/ Jun/ Jul/ Aug/ Sep/ Okt/ Nov/ Dez

..... Jan/ Feb/ März/ Apr/ Mai/ Jun/ Jul/ Aug/ Sep/ Okt/ Nov/ Dez

..... Jan/ Feb/ März/ Apr/ Mai/ Jun/ Jul/ Aug/ Sep/ Okt/ Nov/ Dez

› **Werden die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten stärker ?**

nachts abends morgens

› **Verstärken sich die Beschwerden [bei/in/im]?:**

- | | | | |
|-------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nebel | <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Wetterwechsel | <input type="checkbox"/> Temperaturwechsel |
| <input type="checkbox"/> Keller | <input type="checkbox"/> Tierstall | <input type="checkbox"/> Zoo | <input type="checkbox"/> Wald |
| <input type="checkbox"/> Schule | <input type="checkbox"/> KiTa | <input type="checkbox"/> bei Verwandten | <input type="checkbox"/> Zirkus |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: | | | |

› **Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst ?**

- | | | |
|----------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Hautausschlag |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Lippenschwellung | <input type="checkbox"/> Enge im Hals |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> andere: | | |

› **Welche Nahrungsmittel ?**

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Käse | <input type="checkbox"/> Quark |
| <input type="checkbox"/> Tomate | <input type="checkbox"/> Erbsen | <input type="checkbox"/> Nüsse | <input type="checkbox"/> Erdnuss |
| <input type="checkbox"/> Schokolade | <input type="checkbox"/> Apfel | <input type="checkbox"/> Erdbeeren | <input type="checkbox"/> Fisch |
| <input type="checkbox"/> Soja | <input type="checkbox"/> Apfelsine | <input type="checkbox"/> Paprika | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |

Allergologische Anamnese

3.
Raum für Eintragungen
des Arztes

› **Bestehen Überempfindlichkeiten gegenüber Medikamenten ?**

welche:

› **Beschaffenheit der Wohnung.** [Mauerwerk trocken/ feucht/ Schimmel ...]

.....

› **Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welche ?**

Haben Sie Kontakt zu Tieren – z.B. bei/in Freunden, KiTa, Großeltern?

.....

› **Wurde bereits ein Allergentest durchgeführt ? Wenn ja, welcher ?**

.....

Wo Wann Ergebnis

Wo Wann Ergebnis

› **Wurde bereits eine Hyposensibilisierung durchgeführt ?**

Art Allergen Dauer Erfolg

.....

› **Welche Medikamente sind gegen die Beschwerden /allergische Beschwerden verwendet worden ?**

Medikament Dosis Dauer Erfolg

.....

.....

.....

› **Kuraufenthalte (wo, wann, wie lange, Erfolg) ?**

.....

.....

› **Hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen ? Wie häufig ?**

Mittelohrentzündung eitrige Mandelentzündung

Nasennebenhöhlenentzündung Pseudokrupp

Lungenentzündung schwere Bronchitis

› **Hausarzt (Name / Anschrift):**

.....

.....