



## Frage zur Diagnose allergischer Erkrankungen

Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

Leidet oder litt Ihr Kind an folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

- |  |                                |                                  |
|--|--------------------------------|----------------------------------|
| Augenjucken oder -brennen                        | <input type="checkbox"/><br>ja | <input type="checkbox"/><br>nein |
| Häufiger Husten                                  | <input type="checkbox"/><br>ja | <input type="checkbox"/><br>nein |
| Heuschnupfen                                     | <input type="checkbox"/><br>ja | <input type="checkbox"/><br>nein |
| Hautausschlag, Ekzem, Neurodermitis, Nesselsucht | <input type="checkbox"/><br>ja | <input type="checkbox"/><br>nein |
| Dauerschnupfen                                   | <input type="checkbox"/><br>ja | <input type="checkbox"/><br>nein |

Leidet oder litt Ihr Kind an Asthma oder Atemnot? Falls ja, wie oft hat Ihr Kind Luftnot?

- |  |                                |                                  |
|--|--------------------------------|----------------------------------|
| An den meisten Tagen und Nächten des Jahres                            | <input type="checkbox"/><br>ja | <input type="checkbox"/><br>nein |
| Mehr als 1x/Woche tagsüber oder in mehr als 2 Nächten/Monat des Jahres | <input type="checkbox"/><br>ja | <input type="checkbox"/><br>nein |
| Höchstens 1x/Woche tagsüber oder in höchstens 2 Nächten/Monat          | <input type="checkbox"/><br>ja | <input type="checkbox"/><br>nein |
| Atemnot nur bei körperlicher Belastung                                 | <input type="checkbox"/><br>ja | <input type="checkbox"/><br>nein |

Wo treten die Beschwerden auf?

- Im Freien       In Innenräumen (Wohnung etc.)       Im Bett

Sind die Beschwerden: das ganze Jahr hindurch gleichbleibend stark?

- ja       nein

Treten die Beschwerden nur zu bestimmten Jahreszeiten auf?

- ja       nein

Falls ja, bitte kreuzen Sie an wann

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



**Können Sie bereits Dinge in Ihrer Umgebung benennen, auf die Ihr Kind möglicherweise allergisch reagiert?**

ja       nein      \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche?

**Treten Beschwerden bei Kontakt mit Tieren auf?**

ja       nein      \_\_\_\_\_  
Wenn ja, bei welchen?

**Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente**

ja       nein      \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche? (bitte alle Medikamente eintragen, die Ihr Kind zur Zeit anwendet)

**Sind bei nahen Blutsverwandten Allergien, Heuschnupfen oder Asthma bekannt?**

ja       nein

**Wird bei Ihnen zu Hause geraucht?**

ja       nein

**Können Sie bereits Dinge in Ihrer Umgebung benennen, auf die Ihr Kind möglicherweise allergisch reagiert?**

ja       nein

**Gibt es Medikamente, die Ihr Kind nicht verträgt?**

ja       nein      \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche?

**Gibt es Lebensmittel, die Ihr Kind nicht verträgt?**

ja       nein      \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche?

**Ist eine Insektengiftallergie bei Ihrem Kind bekannt?**

ja       nein

**Wurde bei Ihrem Kind bereits ein Allergietest durchgeführt?**

ja       nein      \_\_\_\_\_  
Wenn Ja, welches Ergebnis?

**Hat Ihr Kind einen Allergiepass?**

ja       nein      \_\_\_\_\_  
Wenn Ja, legen Sie ihn bitte zusammen mit diesem Fragebogen dem Arzt vor.