

# ALLERGIEFRAGEBOGEN FÜR KINDER



Die Ursache für die Beschwerden Ihres Kindes könnte eine Allergie sein. Mit Hilfe der nachfolgenden Fragen wollen wir versuchen, dies zu klären. Bitte lesen Sie sich den Bogen in Ruhe durch und beantworten Sie möglichst alle Fragen genau. Sie helfen damit, eventuelle allergische Ursachen für die Beschwerden Ihres Kindes zu entdecken.

## Patientenangaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Datum, Ort: \_\_\_\_\_

männlich       weiblich       divers

## Kommen in Ihrer Familie Allergien vor?

**z. B. Heuschnupfen, Tierallergien, Asthma oder allerg. Hauterkrankungen**

Nein       Ja      Wer? \_\_\_\_\_

## Seit wann hat Ihr Kind die Beschwerden?

Seit \_\_\_\_\_ Monaten/ Jahren (zutreffendes unterstreichen)

## Welche Beschwerden sind es genau?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> verstopfte Nase                             | <input type="checkbox"/> Augenrötung/Augenjucken               | <input type="checkbox"/> Jucken/Schwellung im Mundraum |
| <input type="checkbox"/> rinnende Nase                               | <input type="checkbox"/> Atemnot/Husten/Asthma                 | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmbeschwerden        |
| <input type="checkbox"/> Niesen/Niesattacken                         | <input type="checkbox"/> allerg. Hautausschlag/<br>Milchschorf | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme                |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit/<br>Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                       |  |

## Falls die Beschwerden saisonal auftreten: In welchen Monaten treten sie auf?

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

## Falls die Beschwerden ganzjährig auftreten: Zu welcher Tageszeit treten sie auf?

morgens       tagsüber       abends       nachts

## Was löst nach Ihrer Einschätzung die Symptome aus?

- Pollen       Hausstaubmilben       Tierhaare       Schimmel
- Nahrungsmittel (welche?) \_\_\_\_\_

## Wie sehr beeinträchtigen die Beschwerden Ihr Kind?

(1 = überhaupt nicht störend / 10 = unerträglich störend):

- 1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

## Wo treten die Beschwerden auf?

- im Freien       im Bett       in feuchten/trockenen  
Räumen (zutreffendes  
unterstreichen)
- in Innenräumen       im Kindergarten/in der Schule
- Sonstige: \_\_\_\_\_

## Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Allergie-Diagnostik durchgeführt?

Hauttest (Datum, Ergebnisse, Wo?): \_\_\_\_\_

Blutuntersuchung (Datum, Ergebnisse, Wo?): \_\_\_\_\_

## Hat Ihr Kind bereits eine Allergie-Therapie erhalten?

Antiallergische Medikamente: \_\_\_\_\_

Hyposensibilisierung (Allergen-Immuntherapie) (Datum, Was?): \_\_\_\_\_

## Falls Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnimmt, welche sind das?

- Betablocker       Asthma-Medikamente       Immunsuppressiva
- Sonstige: \_\_\_\_\_

## Falls Ihr Kind noch andere Erkrankungen hat, welche sind das?

- Herz-Kreislauf-Erkrankung       Autoimmunerkrankung       Nierenerkrankung
- Lungenerkrankung       Immundefekterkrankung       Tumorerkrankung (bösartige)
- chronische Infektion  
(HIV, Hepatitis C o.ä.)       chronisch entzündliche  
Erkrankung       Erkrankung des Zahnfleisches/  
der Mundschleimhaut
- Andere/nähere Angaben \_\_\_\_\_