

Fragebogen Allergie + Atemwegserkrankungen

modifiziert nach Prof. Dr. Schultze-Werninghaus für das **Clementine-Kinderhospital** in Frankfurt am Main

Name: _____ Vorname: _____ ausgefüllt am: _____

geb. : _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

A. Wer füllt den Fragebogen aus? Mutter Vater Sonstiger: _____ Risikoberuf? _____

B. Welche Beschwerden sind der Grund für diesen Arztbesuch? Raum für Ergänzungen

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Stationäre Aufenthalte wg. der Beschwerden? _____

Bestehen andere (chronische) Krankheiten bei Ihrem Kind?

1. _____

2. _____

C. Bestehen aktuell oder bestanden früher folgende Krankheiten?

- 1. Spastische, obstruktive Bronchitis, _____
- 2. Krupphusten _____
- 3. Asthma, Atemnot, erschwertes Atmen _____
- 4. Husten, Reizhusten, häufige Bronchitis _____
- 5. Lungenentzündung, häufige (fiebrhafte) Erkältungen _____
- 6. Heuschnupfen, _____
- 7. behinderte Nasenatmung, Nasenpolypen _____
- 8. Kieferhöhlen- oder Stirnhöhlenentzündung _____
- 9. Augentränen, Augenjucken, Schwellungen der Augen _____
- 10. Milchschorf / Säuglingsekzem _____
- 11. Neurodermitis, Kontaktekzem _____
- 12. Hautquaddeln, Urtikaria, Nesselausschlag _____
- 13. Magen-Darm-Beschwerden, Durchfallneigung _____

D. Leidet oder litt ein Verwandter an allergischen- oder Atemwegserkrankungen / Hauterkrankungen?

Nein, nicht bekannt

Ja, ich weiß von folgender Erkrankung bei dem Verwandten: (Bitte Art der Beschwerden angeben)

Bitte erkrankten Verwandten ankreuzen Asthma, Bronchitis Heuschnupfen Neurodermitis Sonstige

- | | | | | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> 1. Mutter | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> 2. Vater | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> 3. Schwester(n) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> 4. Bruder (Brüder) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> 5. Großmutter väterlicherseits | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> 6. Großmutter mütterlicherseits | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> 7. Großvater väterlicherseits | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> 8. Großvater mütterlicherseits | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> 9. Schwester oder Bruder der Mutter | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> 10. Schwester oder Bruder des Vaters | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> 11. andere Verwandte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Zahl der älteren Geschwister (_____) Zahl der jüngeren Geschwister (_____)

E. Wann treten die Hauptbeschwerden auf? (Nur die am besten passende Frage ankreuzen!)

- Die Beschwerden sind als **Dauerbeschwerden** während des ganzen Jahres vorhanden
- Die Beschwerden treten in **unregelmäßigen Abständen** während des ganzen Jahres auf (wie oft?)
- 1-4 x pro Jahr 5-10 x pro Jahr häufiger als 10 x pro Jahr

In welchen Monaten treten die regelmäßigen Beschwerden auf oder sind sie am schlimmsten?

- Januar Februar März April Mai Juni
- Juli August September Oktober November Dezember

F. Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten Tageszeit auf?

- Nein, die Beschwerden sind ständig vorhanden
- Nein, die Beschwerden können zu jeder Tageszeit auftreten
- Ja, besonders starke Beschwerden bestehen oft zu folgenden Tageszeiten
- Morgens nach dem Aufstehen während des Tages nachts mit / ohne Aufwachen

G. Treten die Beschwerden vorwiegend an bestimmten Orten auf?

- Nein, die Beschwerden sind ortsunabhängig
- ja, besonders starke Beschwerden treten an folgenden Orten auf:
- In der eigenen Wohnung, welche Räume: _____
- In anderen Wohnungen (Freunde, Großeltern): _____
- Im Kindergarten, in der Schule: _____
- Im Freien (Wiese, Felder, Schwimmbad, etc): _____
- Sonstige Beobachtungen (z.B. Zoo, Tierstall): _____

H. Treten die Beschwerden überwiegend bei bestimmten Tätigkeiten auf?

- nein, die Beschwerden sind nicht unmittelbar mit einer bestimmten Tätigkeit verbunden.
- ja, die Beschwerden treten vor allem bei folgenden Tätigkeiten auf
- Hausarbeiten wie Bettenmachen, Staubsaugen, Teppichkehren, _____
- Bei körperlicher Anstrengung, beim Sport: _____
- bei Umgang mit Tieren: _____
- bei anderen Tätigkeiten: _____

I. Treten die Beschwerden bei intensiven Gerüchen, Dämpfen, Staub oder anderen Atemwegsreizen auf?

- nein, die Beschwerden sind davon unabhängig
- ja, die Beschwerden können durch folgende Reize ausgelöst werden
- Hausstaub Haar- oder Farbspray Braten- / Kochdünste Lachen, Weinen
- Kälte, rascher Temperaturwechsel Nebel, Feuchtigkeit sonstige Reize: _____

J. Wieviele Fehltage in Schule o. Kindergarten wegen der Hauptbeschwerden kommen pro Jahr vor?

- keine bis 5 5 - 10 mehr als 10 (_____)

K. Besteht zeitweilig eine völlige oder weitgehende Beschwerdefreiheit?

- nein, es besteht nie Beschwerdefreiheit oder weitgehende Besserung
- ja, besonders gut geht es mir / meinem Kind bei folgender Gelegenheit / Situation:
- im Urlaub / an Wochenenden an der See im Hochgebirge
- im Winter im Sommer bei Regen Sonstige: _____

L. Wie ist die Wohnung beschaffen? Einzug in die jetzige Wohnung / Haus: _____ (Jahr)

- Großstadt / Innenstadt Kleinstadt Dorf, ländliche Umgebung
- Altes Haus neues Haus Küche / Heizung: Gas Kohle Zentral Klimaanlage
- Schimmelbefall?, welche Räume: _____

M. Bestehen oder bestanden früher regelmäßiger Kontakt zu Tieren?

- Nein, regelmäßiger Tierkontakt besteht weder heute noch in früheren Jahren, es werden keine eigenen Tiere in der Wohnung / im Haus gehalten
- Ja, zu folgenden Tieren bestehen oder bestanden Kontakte: (z.B. Hund, Katze, Nager, Vögel, Bauernhof)
- | | seit (von) | bis (Jahr) | wie oft pro Woche |
|-------|------------|------------|-------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Sind bei Tierkontakten Beschwerden aufgetreten?

- Nein, nie aufgetreten
- Ja, (Tiere): _____
- Beschwerden: _____

N. Bestehen bei Nahrungsmitteln Abneigung (A) oder Unverträglichkeit (U)?

- Nein, bisher nicht aufgefallen.
- Ja, bei folgenden Nahrungsmitteln ist eine Abneigung oder Unverträglichkeit
- Ei A / U Kuhmilch A / U Käse / Joghurt / Quark A / U Sojaprodukte A / U
- Muscheln A / U Krabben A / U Fisch: _____ A / U
- Erdnuß A / U Haselnuß A / U Walnuß A / U andere Nüsse _____ A / U
- Apfel A / U Pfirsich A / U Zitrusfrüchte A / U Fruchtsäfte A / U andere Früchte:
- Kartoffeln A / U Sellerie A / U Gewürze A / U Erbsen/Bohnen A / U
- Anderes: _____ A / U

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst? (Falls Frage X mit U angegeben)

- Übelkeit, Erbrechen, Durchfall Heftiger Kopfschmerz, Migräne, Schwindel
- Asthma, Atembeklemmung Niesanfälle, wässriger Schnupfen Ekzemverschlechterung
- Gaumenjucken, -Brennen Lippen-, Rachenschwellung Nesselsucht (Quaddeln, Urtikaria)
- andere Beschwerden: _____
- Stillen: nicht gestillt voll gestillt ___ Monate zugefüttert ab ___ Monat

O. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente?

- Nein, noch nie aufgetreten Ja, gegen folgende Medikamente sind Reaktionen aufgetreten:
- Antibiotika: _____
- Grippe-, Schmerzmittel: _____
- Kontrastmittel (Röntgenuntersuchung): _____
- andere Medikamente: _____

P. Bestehen Kontaktallergien gegen:

- Metalle, Schmuck: _____ Heftpflaster
- Sonstige: _____

Q. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche (Biene, Wespe)?

- Nein, noch nie gestochen Nein, Stiche führen zu normalen Hautreaktionen
- Ja, nach dem Stiche einer: _____ sind folgende Reaktionen aufgetreten:
- starke Schwellung (bis über das nächste Gelenk) Hautquaddeln am ganzen Körper
- Juckreiz Schwächeanfall Atemnot, Asthmaanfall Erbrechen Schock

R. Ist bereits ein Allergietest: o Hauttest (Pricktest) o Bluttest (ImmunoCap) durchgeführt worden? Nein Ja, folgende Dinge wurden abgeschafft:

Bei der Testung fanden sich keine Hinweise für eine Allergie Folgende Allergien wurden festgestellt: **Raum für Ergänzungen**

Pollen: _____ Hausstaubmilben Schimmelpilze

Tierhaare: _____ Andere: _____

S. Wurden bereits bestimmte Dinge abgeschafft? Wurde eine Wohnungssanierung durchgeführt?

- Federbetten, Kissen, Matratzen Haustier (welches): _____
- andere Maßnahmen: _____
- Mit Erfolg (deutliche Besserung) Ohne Erfolg (unveränderte Beschwerden)

T. Weitere Diagnostik:

Lungenfunktionsteste	Provokationen	Tuberkulinteste	Röntgenuntersuchungen	Schweißtest	Bronchoskopie
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

U. Ist bereits eine Hyposensibilisierung (= Desensibilisierung) durchgeführt worden ?

Präparat / Hersteller

- Nein Ja, ganzjährig Ja, präseasonal (von _____ bis _____)
- subkutane Spritzen Therapie (SIT) sublinguale Tropfentherapie (SLIT)
- Mit gutem Erfolg Ohne wesentlichen Erfolg Abbruch wegen Nebenwirkung: _____
- _____

V. Wurden bereits andere therapeutische Maßnahmen angewendet?

- Akupunktur Homöopathie Andere: _____

W. Welche Medikamente werden / wurden wegen der Hauptbeschwerden eingenommen / inhaled?

(bitte alle Mittel angeben, am besten auch zum Arzttermin mitbringen)

- keine Medikamente folgende Medikamente

Präparat (Name)	Dosis (Hübe, Tabletten, Anwendung, etc.)	pro Tag	von / bis (Monat, Jahr)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

X. Operationen: Polypentfernung Mandelentfernung andere: _____

Y. Welche Maßnahme, welches Medikament hat bisher am besten geholfen, bzw. hilft gar nicht?

gut geholfen: _____

nicht geholfen: _____

Z. Sind die Eltern RaucherInnen?

- Nichtraucher Nein nicht mehr seit (Jahr _____)
- Ja, Vater Mutter Andere: _____ rauchen _____

Rückgabe des Fragebogens bitte an den behandelnden Arzt in der Ambulanz.

Bitte geben Sie uns noch den Namen und die Adresse Ihres Kinderarztes / Hausarztes an.

(Name) (Straße, Nr.) (PLZ) (Ort)