ALK

Allergie-Fragebogen für Kinder und Jugendliche

Name:		Vorname:
Geb.-Dat.:	Tel.:	Datum:

Es besteht ein deutlicher Hinweis, dass es sich bei den Beschwerden Ihres Kindes um eine allergische Erkrankung handeln könnte.

Allergische Erkrankungen muss man vermuten bei:

- **häufigem Jucken der Haut, der Nase, der Augen**
- **Nesselfieber bzw. Rötungen und Schwellungen der Haut**
- **Bindehautentzündungen der Augen**
- **wiederholt auftretendem Schnupfen oder einer verstopften Nase**
- **häufigen Erkältungsneigungen und Husten**
- **anfallsweise Kopfdruck oder Kopfschmerz**
- **anfallsweise Erbrechen oder Durchfall**
- **Jucken im Pobereich**
- **Gelenkbeschwerden mit Schwellungen und Rötungen**

Bitte lesen Sie diesen Fragebogen in Ruhe durch und beantworten Sie Fragen durch Ankreuzen – bei Aufzählungen unterstreichen oder umkreisen Sie bitte das Betreffende.

		nein	ja
1.	**Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen:**		
a	Milchschorf, häufige Hautentzündungen im Windelbereich, Ekzem	☐	☐
b	Nesselsucht, Quaddeln und Rötungen der Haut, Juckreiz der Lippen, der Augen, im Rachen, im Pobereich	☐	☐
c	Schwellung der Augenlider, der Augenpartie, des Mundbereichs	☐	☐
d	häufiger Husten als Säugling / Kleinkind, Bronchitis, Reizhusten, Krupphusten, spastische Bronchitis	☐	☐
e	Pfeifen und Röcheln in den Bronchien, Atembeklemmung, Atemnot, Asthma	☐	☐
f	Häufiger Schnupfen, verstopfte Nase, Heuschnupfen	☐	☐
g	Niesanfälle mehr als 5mal nacheinander, Stockschnupfen, Polypen im Nasen-/Rachenraum, vergrößerte Mandeln und Mandelentzündungen, mehr als 6mal fieberhafte Erkältungskrankheiten im Jahr, Kieferhöhlen-/Stirnhöhlenentzündungen, Stirnkopfschmerz, halbseitiger Kopfschmerz, Migräne, Lichtempfindlichkeit, Lichtscheu, Augentränen	☐	☐
h	Magen-, Bauch-, Darmbeschwerden, häufige Durchfälle	☐	☐
i	Besteht oder bestanden Wurmerkrankungen? Wenn ja, wurde eine Wurmkur durchgeführt? Wann? _____	☐	☐
2.	**Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf?** morgens / am Vormittag / am Abend / beim Einschlafen / nachts zu bestimmten Zeiten	☐	☐
3.	**Sind die Beschwerden in bestimmten Monaten am schlimmsten** Januar, April, Juli, Oktober Februar, Mai, August, November März, Juni, September, Dezember, oder bei Beginn der Heizperiode?	☐	☐
4.	**Seit wieviel Monaten / Jahren bestehen die Beschwerden** _____ Jahre _____ Monate		
5.	**Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?**	☐	☐
a	in Haus / Küche / Kinderzimmer / Keller / Dachboden	☐	☐
b	in Scheune / Tierstall / Garten / Feld / Wiesen / Wald	☐	☐
c	bei bestimmten Verwandten / Großeltern / Tanten / Onkeln / Freunden o. a.	☐	☐

		nein	ja
6.	**Treten diese Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten vermehrt auf?** beim Spielen / Toben / Laufen / Rasenmähen / Fegen / Staubwischen / Bettenmachen / Teppichsaugen / bei bestimmten Hobbies _____	☐	☐
7.	**Besteht zeitweilige oder völlige Beschwerdefreiheit?** In bestimmten Zimmern / Gebäuden / bei Verwandten / an der See / im Hochgebirge an feuchten Tagen / bei Regen / bei längerer Trockenheit	☐	☐
8.	**Bestehen regelmäßige Tierkontakte?**	☐	☐
	in der Wohnung / im Haus / in der Scheune / bei Freunden / Nachbarschaft / Verwandten mit: Hund, Katze, Pferd, Rind, Huhn, Ente, Taube, Kaninchen, Goldhamster, Wellensittich, Kanarienvogel, Meerschweinchen		
9.	**Treten bei oder nach Tierkontakten deutliche Beschwerden auf?**	☐	☐
10.	**Sind schon Unverträglichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel beobachtet worden oder bekannt?**	☐	☐
a	Erdbeeren / Apfelsinen / andere Früchte _____ Nüsse / Nussspeisen / farbige Süßigkeiten / Eier / Milch / Fisch	☐	☐
b	bei Medikamenten	☐	☐
c	besteht Empfindlichkeit der Haut bei Pflaster	☐	☐
11.	**Gab es vermehrt Schwellungen / Rötungen / anhaltendes Jucken o.a. Reaktionen, z.B. Atemnot bei Insektenstichen / -bissen?** Mücke / Floh / Biene / Wespe	☐	☐
12.	**Wurden empfindliche Reaktionen der Haut beim Tragen von Kleidungsstücken aus Wolle / Pelz / Baumwolle / Kunstfaser / Federn beobachtet?**	☐	☐
13.	**Ist das Bett (Kopfkissen, Bettdecke) aus Federn / Daunen / Wolle / Kunstfasern – die Matratze / Unterlage aus Seegras / Rosshaar / Kapok?**	☐	☐
14.	**Gibt es bei den Blutsverwandten die bisher beschriebenen Auffälligkeiten / Beschwerden? Großmutter / Großvater / Mutter / Vater / Bruder / Schwester / Tante / Onkel Cousine / Cousin – mütterlicher- / väterlicherseits**	☐	☐
15.	**Wohnt die Familie im feuchten Altbau / Bauernhaus – beobachten Sie im Hause Stockflecken / Schimmel hinter Bildern / an Wänden in nicht beheizten Räumen?**	☐	☐
16.	**Wohnen Sie in der Nähe bzw. umgeben von Wiesen / Feldern / Wald, staub- und geruchsbelästigenden Unternehmen / Industrie?**	☐	☐
17.	**Wurden schon häufig / regelmäßig gegen diese Beschwerden lindernde Medikamente eingenommen?** Welche: _____	☐	☐
18.	**Wurde schon einmal ein Allergietest durchgeführt?** Von wem: _____ Ergebnis: _____	☐	☐
19.	**Wurde schon eine Hypo-/Desensibilisierung versucht?** Womit: _____ Besserung: _____	☐	☐

Bemerkungen:

U-3053-D Art.-Nr. 1037320