

## 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      ☐ in der Krippe/Kita/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 (Allergie-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 \_\_\_\_\_

# 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 \_\_\_\_\_ Jahren

## 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"/> laufende 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