



DR. MED.
LISA FREUDE

FACHÄRZTIN FÜR KINDER- & JUGENDMEDIZIN
ZB ALLERGOLOGIE

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
Schallweg 26 | 14089 Berlin

030 - 809 23 501

praxis@kinder-freude.com
termin@kinder-freude.com

www.kinder-freude.com



ALLERGIE- ELTERNFRAGEBOGEN

ANAMNESEBOGEN FÜR PATIENT*INNEN MIT ALLERGOLOGISCHEN FRAGESTELLUNGEN

VORNAME UND NAME DES PATIENTEN

GEBURTSDATUM DES PATIENTEN

VORNAME UND NAME DER AUSFÜLLENDE PERSON

AUSFÜLLDATUM

Liebe Patient*innen, liebe Eltern,

um möglichst genau auf eure Probleme eingehen zu können, bitten wir euch bzw. Eure Eltern oder Angehörigen, die folgenden Fragen zu beantworten. 20 Fragen- Eure Antworten- anhand derer wir unsere individuelle Diagnostik und Therapie orientieren.

1.) WELCHE PROBLEME FÜHREN EUCH ZU UNS UND WANN HABT IHR DIESE ZUM ERSTEN MAL BEOBACHTET?

2.) SEIT WANN BESTEHEN DIE BESCHWERDEN?

_____ Wochen _____ Monate _____ Jahre

3.) WIE HÄUFIG TRETEN DIE O.G. SYMPTOME AUF?

4.) TRETEN DIE BESCHWERDEN AN BESTIMMTEN ORTEN ODER TAGESZEITEN VERMEHRT AUF?

- z.B. früh morgens, mittags, abends, nach dem Lüften, nachts an bestimmten Zeiten
- im Haus, Küche, Garten, Wiesen, Tierstall, Bauernhof, Wiesen, Wald, bei Verwandten, Großeltern, Freunden etc.

Tageszeit _____ Orte _____



ALLERGIE- ELTERNFRAGEBOGEN (2)

5.) TRETEN DIE BESCHWERDEN AN BESTIMMTEN TÄTIGKEITEN VERMEHRT AUF?

- z.B. Spielen, Rennen, Sport, körperlicher Belastung, Rasenmäher, Fegen, Staubwischen, Bettenmachen, Teppichsaugen, bestimmten Hobbies, emotionaler Belastung, Stress, bei Infekten

Tätigkeiten: _____

6.) SIND DIE BESCHWERDEN IN BESTIMMTEN MONATEN AM SCHLIMMSTEN? WANN IST DER BEGINN?

- | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Januar | <input type="checkbox"/> April | <input type="checkbox"/> Juli | <input type="checkbox"/> Oktober | <input type="checkbox"/> zu Beginn der Heizperiode |
| <input type="checkbox"/> Februar | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> August | <input type="checkbox"/> November | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> März | <input type="checkbox"/> Juni | <input type="checkbox"/> September | <input type="checkbox"/> Dezember | <input type="checkbox"/> _____ |

7.) BESTEHT ZEITWEILIGE ODER VÖLLIGE BESCHWERDEFREIHEIT?

- Jahreszeit/ Monate _____
- bei bestimmten Witterungen (Regen, Trockenheit, an feuchten Tagen etc.) _____
- an bestimmten Orten (in bestimmten Zimmern, Gebäuden, an der See, Hochgebirge) _____

8.) BESTEHEN REGELMÄSSIGE TIERKONTAKTE?

Wo? _____

Tier:

- | | | | |
|--------------------------------|--|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hund | <input type="checkbox"/> Kaninchen | <input type="checkbox"/> Huhn | <input type="checkbox"/> Kanarienvogel |
| <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Goldhamster | <input type="checkbox"/> Ente | <input type="checkbox"/> Wellensittich |
| <input type="checkbox"/> Pferd | <input type="checkbox"/> Meerschweinchen | <input type="checkbox"/> Taube | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |

9.) TRETEN BEI UND NACH TIERKONTAKTEN DEUTLICHE BESCHWERDEN AUF?

- Ja Nein

10.) SIND NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN BEOBACHTET WORDEN?

Welche Reaktion zeigt ihr Kind? _____

gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln: _____

Früchte/Zitrusfrüchte: _____



ALLERGIE- ELTERNFRAGEBOGEN (3)

11.) GIBT ES ANHALT AUF EINE KLINISCH RELEVANTE NAHRUNGSMITTELALLERGIE?

Sofortreaktion 30min nach Nahrungsverzehr mit folgenden Symptomen:

Hautreaktion

- Juckreiz/Quaddeln
- Rötung/Schwellung am Körper
- Zungenschwellung
- _____
- Lippenschwellung
- Gesichtsschwellung
- Augenschwellung

Atemwege

- starkes Hüsteln
- Husten
- subjektive Atemnot
- Blauwerden der Lippen
- _____

Magen-Darm

- anfallsweise Erbrechen
- Durchfall innerhalb von 30 min nach Nahrungsverzehr
- _____

Kreislauf/Psych

- ungewöhnliche Unruhe/Agitation
- ungewöhnliche Schläfrigkeit/Apathie
- _____

12.) GAB ODER GIBT ES VERMEHRT ÜBERSTIEGERTE REAKTIONEN BEI INSEKTENSTICHEN/ -BISSEN?

Ja Welche Reaktion wird beobachtet? _____

Wenn ja, bei welchem Insekt/Parasit?

- Mücke
- Biene
- Zecke
- Floh
- Wespe
- Sonstige _____

13.) WOHNEN SIE IN DER NÄHE BZW. SIND UMGEBEN VON

- Wiesen
- Bauernhof
- Feldern
- Industrie
- Wald
- Sie wohnen in:** einer Wohnung
- einem Haus mit Garten
- auf dem Bauernhof

Besteht Verdacht auf Schadstoffbelastung in der Häuslichkeit (z.B. Schimmel an Wänden, Feuchtigkeit)?

14.) IST IHR KIND REGELMÄSSIG ZIGARETTENRAUCH AUSGESETZT?

Ja Nein

Wird in der Familie/bei Freunde/Verwandten geraucht?

15.) GAB ES BESONDERHEITEN IN DER SCHWANGERSCHAFT ODER BEI DER GEBURT?

z.B. Stress, Rauchen/Passivrauchen in der Umgebung, Kaiserschnitt, Erkrankungen der Mutter, Besonderheiten im Geburtsverlauf

Besonderheiten: _____



ALLERGIE- ELTERNFRAGEBOGEN (4)

16.) GIBT ES IN DER FAMILIE ALLERGIEN ODER LUNGENKRANKHEITEN BZW. ÄHNLICHE BESCHWERDEN HABEN?

Wer? / Welche?

17.) NIMMT IHR KIND DERZEIT ODER HAT ES SCHON EINMAL REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE WEGEN SEINER BESCHWERDEN EINGENOMMEN?

Welche? / Von wann bis wann? / Dosis?

18.) WURDE SCHON EINMAL EIN ALLERGIE-TEST DURCHGEFÜHRT?

Ja Nein

19.) WURDE SCHON EINE HYPOSENSIBILISIERUNG DURCHGEFÜHRT?

Ja Nein

20.) GIBT ES ANDERE DINGE, DIE BEREITS UNTERNOMMEN WURDEN?

Konsultation anderer Ärzte/Fachkliniken, Kuren, alternative Behandlungsmethoden etc.

Welche?

DAS MÖCHTE ICH EUCH NOCH MITTEILEN/ DEINE ERGÄNZUNGEN:

Wir bitten Euch, **ALLE** evtl. vorhandenen Testergebnisse und Berichte mitzubringen.
Vielen Dank für Eure Unterstützung und Zeit!

EURE DR. LISA FREUDE UND TEAM

