

Ist bereits eine Allergiediagnostik durchgeführt worden?

ja, bitte folgende Angaben:
Arzt / Heilpraktiker / Klinik: _____

Testmethode: _____

Ergebnis: _____

nein

Wurde eine Wohnungssanierung durchgeführt?

ja, folgendes wurde verändert:
 Bett Bodenbelag Haustier
 Wohnungswechsel anderes: _____

nein

Sind Operationen durchgeführt worden?

ja, welche?
 Polypektomie Paukenröhrcheneinlage
 Mandelentfernung andere: _____

wann:

nein

Welche sonstigen Maßnahmen wurden schon wegen der Erkrankung durchgeführt?

Behandlung bei / in:
 Kinder- und Jugendarzt Hausarzt Kinder-Pneumologe
 Hals-Nasen-Ohren-Arzt Hautarzt Internist / Pulmologe
 Psychotherapeut Heilpraktiker Reha-Klinik
 Krankenhaus stationär andere: _____

keine

Welche Behandlungsverfahren sind bisher durchgeführt worden?

Asthaschulung Asthasport Akupunktur
 Ernährungsberatung / Diät Autogenes Training Homöopathie
 andere: _____

keine

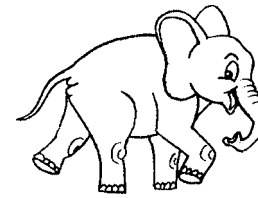
Welche Medikamente wurden zur Behandlung bisher eingesetzt?

Welche Medikamente werden zur Zeit eingenommen?

Ich bin einverstanden, dass Vorbefunde angefordert werden. ja nein

Wer soll ein Befundbericht erhalten? Bitte Angaben mit vollständiger Adresse!

Datum: _____ Unterschrift: _____



palpuderm

Qualitätszirkel pädiatrische Allergologie, Pulmologie und Dermatologie
der Kinder- und Jugendärzte / innen im Raum Kiel

Fragebogen zur Anamnese allergischer Erkrankungen

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Strasse: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Beruf/Tätigkeit Mutter: _____ Tel. priv.: _____ Tel. dienst.: _____

Beruf/Tätigkeit Vater: _____ Tel. priv.: _____ Tel. dienst.: _____

Bitte kreuzen Sie die jeweilige Frage so an

Wer füllt den Fragebogen aus?

Patient Mutter Vater sonstiger (wer?)

Welches sind die Hauptbeschwerden? (an Haut, Schleimhaut, Bindehaut, Atemwegen, Magen-Darmtrakt, o.a.)

Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen?

	von Monat/Jahr (z.B. Juni/2006)	bis Monat/Jahr (z.B. Ende Juli/2006)
<input type="checkbox"/> Milchschorf, Säuglingsekzem	_____	_____
<input type="checkbox"/> juckender Hautausschlag	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ausschlag (Ellenbeugen / Kniekehlen)	_____	_____
<input type="checkbox"/> atopische Dermatitis (Neurodermitis)	_____	_____
<input type="checkbox"/> gehäufte Mittelohrentzündung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pseudokrupp	_____	_____
<input type="checkbox"/> Husten, Reizhusten ohne Fieber	_____	_____
<input type="checkbox"/> pfeifende o. keuchende Atemgeräusche	_____	_____
<input type="checkbox"/> obstruktive („spastische“) Bronchitis	_____	_____
<input type="checkbox"/> Asthma	_____	_____
<input type="checkbox"/> Niesanfalle (> 5 mal hintereinander)	_____	_____
<input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung	_____	_____
<input type="checkbox"/> häufiger Schnupfen, Heuschnupfen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Augentränen, Augenjucken	_____	_____
<input type="checkbox"/> Schwellung der Augenlider	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hautquaddeln, Urticaria, Nesselsucht	_____	_____
<input type="checkbox"/> Juckreiz von Lippen, Gaumen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Schwellung der Lippen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Beschwerden	_____	_____
<input type="checkbox"/> Durchfallneigung	_____	_____

Leidet oder litt ein Verwandter an Atemwegs- oder Hautbeschwerden?

	Hauterkrankungen	Heuschnupfen	Asthma Chronische Bronchitis
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bruder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Großvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tante/Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ist die Lage und Beschaffenheit der derzeitigen Wohnung?

Einzug in die jetzige Wohnung im Jahr

- Stadt Dorf, ländliche Umgebung Bauernhof/Resthof
 neues Haus altes Haus Zentralheizung Ofenheizung

Ist ein Familienmitglied Raucher?

- ja nein

Wann / wodurch verstärken sich die Beschwerden / Symptome?

- Schwitzen Waschmittel / Körperpflegemittel anderes:

Treten die Beschwerden vorwiegend zu bestimmten Tageszeiten auf?

- ja, zu folgenden Tageszeiten:
 tagsüber von..... bis.....Uhr
 nachts von..... bis.....Uhr
 morgens nach dem Aufwachen
 nein

Treten die Beschwerden vorwiegend an bestimmten Orten auf?

- ja, an folgenden Orten:
 in der Wohnung (zu welcher Jahreszeit, welche Räume?)
 in Kindergarten / Schule
 im Freien (zu welcher Jahreszeit, wo z.B. Wiese, Schwimmbad?)
 bei Tierkontakt (Haustier, Stall, Zoo, Zirkus)
 andere Beobachtungen
 nein

Treten die Beschwerden vorwiegend bei bestimmten Tätigkeiten auf?

- ja, bei folgenden Aktivitäten:
 Umgang mit Tieren wenn Rasen gemäht wird
 Hausarbeiten, Bettenmachen, Staubsaugen
 Tätigkeiten in Kindergarten / Schule (welche?)
 Hobbies (welche?)
 körperliche Anstrengungen / Sport
 andere Tätigkeiten
 nein

Traten Beschwerden mit pfeifender / keuchender Atmung auf?

- ja, wie oft in den letzten 12 Monaten
 1 bis 5 mal 6 bis 12 mal mehr als 12 mal
deshalb nachts aufgewacht? ja mehrfach pro Woche
 nein

Treten die Beschwerden bei intensivem Geruch, Staub oder anderen Atemwegsreizen auf?

- ja, bei folgenden Reizungen:
 Hausstaub Bau-, Zementstaub Waschmittelstaub Haar-, Körper-, Farbspray
 Nebel, Feuchtigkeit Lachen Kälte schneller Temperaturwechsel
 andere Reize:
 nein

Sind bei Tierkontakten Beschwerden aufgetreten?

- ja (welche Tiere?)
 nein

Bestehen (oder bestanden früher) Kontakte zu Tieren?

- ja zu folgenden Tieren:

	regelmäßig	selten		regelmäßig	selten
Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaninchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meerschwein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maus, Ratte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanarienvogel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wellensittich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aquarium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

andere Tierkontakte:
 nein

Besteht zeitweilig eine vollkommene oder zeitweilige Beschwerdefreiheit?

- ja
 an der See im Hochgebirge im Sommer
 im Urlaub bei Regen, Feuchtigkeit im Winter
 andere Beobachtungen
 nein

Bestehen Abneigungen oder Unverträglichkeiten bezüglich Nahrungsmitteln?

- ja
 Milch Ei Fisch
 Apfel Sellerie Nüsse
 Käse Quark / Joghurt Kartoffeln
 Fruchtsäfte Zitrusfrüchte Weizenmehl
 Muscheln, Krabben Gewürze andere:
 nein

Werden Beschwerden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

- ja, welche:
 Ekzemverschlimmerung Hautjucken, Nesselsucht
 Gaumen-, Ohrenjucken Lippen-, Rachenschwellung
 Niesen, wässriger Schnupfen Atembeklemmung, Asthma
 Übelkeit, Erbrechen, Durchfall Kopfschmerz, Migräne
 andere Beschwerden:
 nein

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente

- ja, welche:
 nein

Bestehen Haut-(Kontakt)Reaktionen?

- ja, welche:
 Pflegemittel Fingerfarben / Knete
 Heftpflaster Schmuck / Metall
 andere:
 nein