



Dr. med. Stefan Stuhmann
 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
 Kinderkardiologie – Neonatologie

Allergiefragebogen für Kinder und Jugendliche

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Nesselsucht, Quaddeln und Rötungen der Haut, Juckreiz der Lippen, der Augen, im Rachen, im Pobereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Schwellung der Augenlider, der Augenpartie, des Mundbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d häufiger Husten als Säugling / Kleinkind, Bronchitis, Reizhusten, Krupphusten, spastische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Pfeifen und Röcheln in den Bronchien, Atembeklemmung, Atemnot, Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Häufiger Schnupfen, verstopfte Nase, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Magen-, Bauch-, Darmbeschwerden, häufige Durchfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Besteht oder bestanden Wurmerkrankungen? Wenn ja, wurde eine Wurmkur durchgeführt? Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf? morgens / am Vormittag / am Abend / beim Einschlafen / nachts zu bestimmten Zeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seit wieviel Monaten / Jahren bestehen die Beschwerden _____ Jahre _____ Monate		
5. Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a in Haus / Küche / Kinderzimmer / Keller / Dachboden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b in Scheune / Tierstall / Garten / Feld / Wiesen / Wald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c bei bestimmten Verwandten / Großeltern / Tanten / Onkeln / Freunden o. a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Bemerkungen: