



Allergiefragebogen:

Datum:

Name, Vorname :

geboren am:

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen

Welche allergischen Erkrankungen sind in der Familie bei welcher Person bekannt?

(Heuschnupfen, Asthma bronchiale, allergische Hauterkrankungen)

Zutreffendes bitte ankreuzen und die entsprechende Erkrankung daneben vermerken

Großmutter:

Mutter:

Geschwister:

Großvater:

Vater:

Welche allergischen Erkrankungen oder welche anderen akuten oder chronischen Erkrankungen sind in der Vorgeschichte Ihres Kindes bekannt:

Allergische Beschwerden Ihres Kindes:

seitJahren, erstmals im....Lebensjahr.

Die Nase ist zu.

Atembeschwerden

Die Nase läuft.

Husten

Niesen/Niesattacken

Gaumenjucken

Augenentzündung

Schwellungen (z.B. im Gesicht)

Sonstige:

Wann treten die Beschwerden auf?

Saisonal von Monat.....bis Monat.....

Hauptbeschwerden von Monat.....bis Monat.....

Ganzjährig



Zu welcher Tageszeit treten die Symptome auf?

- morgens über den ganzen Tag abends nachts

Wo treten die Beschwerden auf?

- in der Wohnung (Altbau/Neubau) beim Staubsaugen
 im Bett in feuchten Räumen
 in der Natur in trockenen Räumen
 beim Wechsel warm/kalt sonstige

Die allergischen Beschwerden treten auf nach Kontakt mit:

- Pollen Frühblühern (Birke, Erle, Haselnuss)
 Mittelblühern (Gräser, Roggen)
 Spätblühern (Beifuß)

- Hausstaubmilben
 Bettfedern
 Schimmelpilzen
 Tieren (Katze, Hund, Pferd, Kaninchen, Meerschweinchen, Wellensittich)
 Haustieren, die mit Ihnen in Ihrem Haushalt leben
 Insekten (Biene, Wespe)
 Blumen (Alpenveilchen, Primel, Chrysantheme o.a.)
 Mehl
 Holzstaub
 Waschmitteln, Kosmetika, Latex, Modeschmuck
 Sonstiges

Traten bei Ihrem Kind Beschwerden nach Genuss bestimmter Nahrungsmittel auf?

Welche Beschwerden?

Nach welchen Nahrungsmitteln?



Ist bei Ihrem Kind eine Allergie oder Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Medikamenten bekannt?

Wenn ja welchen Medikamenten gegenüber?

Wurde bei Ihrem Kind schon einmal eine Allergietestung durchgeführt?

Wann?

Wo?

Bitte bringen Sie vorhandene Vorunterlagen zum Untersuchungstermin mit.

Wurde bei Ihrem Kind schon einmal eine Hyposensibilisierung durchgeführt?

Wann?

Wo?

Bisherige Behandlung: (bitte tragen Sie die entsprechenden Medikamente ein)

Nasentropfen:

Nasenspray:

Augentropfen:

Medikamente:

Hyposensibilisierung von: bis: