

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?

☐ verstopfte Nase

☐ Augenrötung/Augenjucken

☐ Jucken/Schwellung im Mundraum

☐ laufende Nase

☐ Atemnot/Husten/Asthma

☐ Magen-/Darmbeschwerden

☐ Niesen/Niesattacken

☐ allerg. Hautausschlag/
Milchschorf

☐ Schlafprobleme

☐ Abgeschlagenheit/
Konzentrationsprobleme

☐ 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

ALLERGIEFRAGEBOGEN FÜR KINDER



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 _____