

# ALLERGIE-FRAGEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE



**Praxis für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**  
Akupunktur  
Traditionelle Chinesische Medizin  
**Dr. Katrin Kirchhof**  
Sonnentallee 87, 12045 Berlin  
Tel: 030-623 44 68 / Fax: 030-624 63 73

**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
- Gelenkbeschwerden mit Schwellungen und Rötungen
- häufigen Erkältungsneigungen und Husten
- anfallsweise Kopfdruck oder Kopfschmerz
- anfallsweise Erbrechen oder Durchfall
- Jucken im Pobereich

**Bitte lesen Sie diesen Fragebogen in Ruhe durch und beantworten Sie Fragen durch Ankreuzen und Ausfüllen**

Nachname: \*

Vorname: \*

Geburtsdatum: \*

E-Mail: \*

Anschrift (Straße / PLZ / Wohnort): \*

Telefon: \*

## 1. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen:

- a) Milchschorf, häufige Hautentzündungen im Windelbereich, Ekzem
- b) Nesselsucht, Quaddeln und Rötungen der Haut, Juckreiz der Lippen, der Augen, im Rachen, im Pobereich
- c) Schwellung der Augenlider, der Augenpartie, des Mundbereichs
- d) Häufiger Husten als Säugling / Kleinkind, Bronchitis, Reizhusten, Krupphusten, spastische Bronchitis
- e) Pfeifen und Röcheln in den Bronchien, Atembeklemmung, Atemnot, Asthma
- f) Häufiger Schnupfen, verstopfte Nase, Heuschnupfen
- 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
- h) Magen-, Bauch-, Darmbeschwerden, häufige Durchfälle
- i) Besteht oder bestanden Wurmerkrankungen?  
Wenn ja, würde eine Wurmkur durchgeführt? Wann?

ja      nein



## 2. Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf?

morgens      vormittags      abends      beim Einschlafen      nachts zu bestimmten Zeiten

ja      nein

## 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?

## 4. Seit wieviel Monaten / Jahren bestehen die Beschwerden?

Jahre      Monate

## 5. Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?

- |                              |           |              |        |           |              |
|------------------------------|-----------|--------------|--------|-----------|--------------|
| a) im Haus                   | Küche     | Kinderzimmer | Keller | Dachboden |              |
| b) in der Scheune            | Tierstall | Garten       | Feld   | Wiesen    | Wald         |
| c) bei bestimmten Verwandten |           | Großeltern   | Tanten | Onkeln    | Freunden o.a |

## 6. Treten diese Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten vermehrt auf?

beim Spielen	Toben	Laufen	Rasenmähen
Staubwischen	Bettenmachen	Teppichsaugen	Fegen

## 7. Besteht zeitweilige oder völlige Beschwerdefreiheit?

In bestimmten Zimmern	Gebäuden	bei Verwandten	Rasenmähen
an feuchten Tagen	Bettenmachen	Teppichsaugen	Fegen

bei bestimmten Hobbies:

## 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



ja      nein

**9. Treten bei oder nach Tierkontakten deutliche Beschwerden auf?**

**10. Sind schon Unverträglichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel beobachtet worden oder bekannt?**

- a) Erdbeeren      Apfelsinen      andere Früchte:  
Nüsse      Nußspeisen      farbige Süßigkeiten  
Eier      Milch      Fisch

b) bei Medikamenten

b) besteht Empfindlichkeit der Haut bei Pflaste

**11. Gab es vermehrt:**

- Schwellungen      Rötungen      anhaltendes Jucken      o.a. Reaktionen  
z.B. Atemnot bei Insektenstichen / -bissen?  
Mücke      Floh      Biene      Wespe

**12. Wurden empfindliche Reaktionen der Haut beim Tragen von Kleidungsstücken folgen Materialien beobachtet?**

- Wolle      Pelz      Baumwolle      Kunstfaser      Federn

**13. Ist das Bett (Kopfkissen, Bettdecke) aus:**

- Federn      Daunen      Wolle      Kunstfasern

**Ist die Matratze / Unterlage aus:**

- Seegras      Roßhaar      Kapok

**14. Gibt es bei den Blutsverwandten die bisher beschriebenen Auffälligkeiten / Beschwerden?**

- Großmutter      Großvater      Mutter      Vater      Bruder  
Schwester      Tante      Onkel      Cousine      Cousin  
mütterlicherseits      väterlicherseits



ja      nein

**15. Wohnt die Familie in einem feuchten Altbau / Bauernhaus:**

**beobachten Sie im Hause:**

Stockflecken                      Schimmel hinter Bildern                      an Wänden in nicht beheizten Räumen

**16. Wohnen Sie in der Nähe bzw. umgeben von:**

Wiesen                      Feldern                      Wald                      Industrie  
staub- und geruchsbelästigenden Unternehmen

**17. Wurden schon häufig / regelmäßig gegen diese Beschwerden lindernde Medikamente eingenommen?**

Welche:

**18. Wurde schon einmal ein Allergietest durchgeführt?**

Von wem:

Ergebnis:

**19. Wurde schon eine Hypo- / Desensibilisierung versucht?**

Womit:

Besserung:

Berlin, den \*

Unterschrift: Patient/in, Sorgeberechtigter

Tag                      Monat                      Jahr