

## Fragebogen: Allergologische Anamnese

Bei allergischen Erkrankungen reagiert der Patient überempfindlich auf bestimmte Stoffe, die meist in seiner Umgebung zu finden sind. Um zu erkennen, ob eine Krankheit allergisch bedingt ist und welche Stoffe dabei beteiligt sind, benötigt der Arzt möglichst genaue Angaben über Beschwerden, Krankheitsverlauf und Umgebung des Patienten.

Bitte lesen Sie den folgenden Fragebogen zuerst in Ruhe durch und füllen Sie ihn danach sorgfältig aus. Beachten Sie, dass sich alle Fragen auf den Patienten, d.h. das erkrankte Kind bzw. den Jugendlichen beziehen.

Datum:

---

*Raum für Eintragungen des Arztes*

	Name	Vorname	geb.	Beruf/Tätigkeit	Hobbys
Patient					
Vater					
Mutter					

Wer füllt den Fragebogen aus?  Patient selbst  Eltern  Sonstige

**Welche Verwandten haben oder hatten allergische Erkrankungen,**  
z.B. Asthma, Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergien, Urtikaria, Ekzem?

Vater  

---

Mutter  

---

Geschwister  

---

Andere  

---

**Welche Beschwerden führen zur Untersuchung?**

---

Alter bei Beschwerdebeginn?

---

Wie wirkt sich körperliche Belastung aus?

---



## Fragebogen: Allergologische Anamnese

Sportbefreiung?

welche Form der Sportbefreiung?

*Raum für Eintragungen des Arztes*

### Liegen weitere unten aufgeführte Beschwerden vor?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Milchschorf Ekzem     wechselnde Hautquaddeln Juckreiz     Schwellung im Gesicht

sonstige Hautkrankheiten

- Augentränen     Augenjucken     gerötete Bindehaut  
 Fließschnupfen     Heuschnupfen     Niesanfälle/Nasejucken  
 Neigung zu Erkältungsschnupfen     Ständige Mundatmung/verstopfte Nase  
 Bronchitis mit/ohne Atemnot     Atemnot     Kurzatmigkeit  
 Reizhusten     Husten nur morgens/nachts Lungenentzündung  
 Krupphusten     Mandelentzündung  
 Schleimige Durchfälle     rezidivierend Erbrechen oder Bauchschmerzen

### Wann treten die Beschwerden auf? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Die Beschwerden bestehen ganzjährig.  
 Die Beschwerden bestehen wechselnd, unabhängig von der Jahreszeit.  
 Die Beschwerden bestehen ganzjährig und sind in den folgenden Monaten besonders stark:  
\_\_\_\_\_  
 Die Beschwerden treten nur in folgenden Monaten auf:  
\_\_\_\_\_

### Art der Beschwerden (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Jan	Feb	Mär	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
	Jan	Feb	Mär	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
	Jan	Feb	Mär	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
	Jan	Feb	Mär	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez

Die Beschwerden treten verstärkt/ausschließlich zu bestimmten Tageszeiten auf:

- morgens     abends     nachts von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_



## Fragebogen: Allergologische Anamnese

**Wo verstärken sich die Beschwerden?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Wohnung, Welcher Raum?

- Keller    Wiesen    Kindergarten    Wald  
 Schule    Zoo    Zirkus    Wo sonst  
 Tierstall    Dachboden    Felder   \_\_\_\_\_

**Werden die Beschwerden durch folgende Faktoren verursacht/verstärkt?**

- Hausstaub    Mehlstaub    Temperaturwechsel  
 Braten-Kochdunst    Kälte    Waschmittelstaub  
 Wetterwechsel    Heu-/Strohstaub    Nebel  
 was sonst

**Bestehen gegen bestimmte Nahrungsmittel starke Abneigung oder Unverträglichkeit?**

- Eier    Milch    Käse    Nüsse    Erdnuß    Schokolade  
 Pfirsich    Erdbeeren    Apfelsinen, Zitronen    Tomaten    Apfel  
 Erbsen, Linsen, Bohnen    Soja    Fisch    Backwaren    Quark  
 sonstige Nahrungsmittel

**Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?**

- Asthma    Schnupfen    Lippen- und Rachenschwellung    Übelkeit  
 Durchfall    Hautausschlag    Verstärktes Ekzem    Erbrechen  
 Migräne    Bauchschmerzen  
 andere Beschwerden

**Bestehen Überempfindlichkeiten gegen Medikamente?**

Welche Medikamente:



## Fragebogen: Allergologische Anamnese

Welche Beschwerden treten dabei auf?

---

---

**Beschaffenheit der Wohnung** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Altbau, trocken     Neubau, feuchtes Mauerwerk, Stockflecken (Wo?)

Isoliermaßnahmen     Wasserschäden     Garten dabei

Heizung     enge Bebauung

in unmittelbarer Umgebung:

Fabriken     Felder, Wiesen     Landwirtschaft, Ställe     Gewässer, Tümpel

**Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welche?**

---

Sonstiger Kontakt zu Tieren:

---

**Welche Haustiere hatten Sie?                      Bis wann?**

---

**Rauchen im Kinderzimmer/andere Wohnräume?**

Ja     Nein

---

**Schlafzimmer / Matratzentyp:**

Roßhaar     Seegras     Federkern     Schaumstoff

andere:

---

**Matratzenalter**

Einzelschlafzimmer?     Wenn nicht, Doppelstockbett/Hochbett?

**Bettdecke und Kopfkissenfüllung**

Federn     Daunen     Wolle     Seide     synthetisches Material

Stofftiere im Bett?

*Raum für Eintragungen des Arztes*



## Fragebogen: Allergologische Anamnese

### Bodenbelag:

Schwere Gardinen  alte/neue Polstermöbel

### Wird der Schlafraum tagsüber benutzt?

Als

Pflanzen im Schlafzimmer?

Tiere im Schlafzimmer?

Nur gelegentlich  häufig  immer

### Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt? Wenn ja, welcher?

Wo	wann	Ergebnis
----	------	----------

--	--	--

### Lungenfunktionsmessungen?

Wo	wann	Ergebnis
----	------	----------

### Röntgenaufnahmen?

Wo	wann	Ergebnis
----	------	----------

### Wurde bereits eine Hyposensibilisierungsbehandlung durchgeführt?

Art	Allergene	von – bis	Erfolg
-----	-----------	-----------	--------

### Welche Medikamente sind gegen die allergischen Beschwerden verwendet worden?

Medikament	Dosis	von – bis	Erfolg
------------	-------	-----------	--------

Raum für Eintragungen des Arztes



## Fragebogen: Allergologische Anamnese

**Haben Sie bereits bestimmte Dinge abgeschafft?**

- Bettfedern    Matratzen    Teppiche    Tierfelle, Pelzmäntel
- Haustiere   Welche?

---

Sonstiges:

---

**Kuraufenthalte** (wo, wann, wie lange, Erfolg)?

---

---

---

**Naturheilverfahren?**

**Welche?**

---

**Erfolg?**

---

**Welche weiteren Maßnahmen wurden durchgeführt?**

---

---

---

*Raum für Eintragungen des Arztes*

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**

