

Fragebogen für Patienten mit Nahrungsmittelallergie

Name des Kindes:

Tagesdatum:

Wer füllt den Fragebogen aus?

Welche Ärztin, welcher Arzt hat Sie überwiesen, bzw. wer ist Ihr Kinder- und Jugendarzt, bzw. Hausarzt? (wichtig für die Zusendung des Arztbriefes)

.....
.....
.....

Raum für ärztliche Ergänzungen

Wegen welcher **Beschwerden** kommen Sie?

.....
.....
.....

Gab es **Reaktionen** auf folgende **Nahrungsmittel**?

Kuhmilch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Hühnerei	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Weizen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Fisch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Soja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Obst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Gemüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Erdnuss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Haselnuss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Walnuss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Cashew	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Wenn Sie bei einem der oben stehenden Nahrungsmittel „ja“ angekreuzt haben, dann beschreiben Sie bitte, was genau gegessen wurde, wie schnell danach die Reaktion auftrat und wie sie genau aussah, wann die Reaktion sich ereignet hat und wie sie behandelt wurde.

.....
.....



Welche Lebensmittel **meiden** Sie aktuell bewusst bei Ihrem Kind?

Wurden **Auslassdiäten** empfohlen? Haben diese eine Wirkung gehabt?

Welche **Notfallmedikamente** haben Sie bisher erhalten?

Welche **Untersuchungen** wurden bisher durchgeführt?

Allergietest? Bluttest Hauttest Keiner von Beiden

Wenn ja, wann?

Ergebnis: keine Allergie
 Allergie gegen:

Bestehen Beschwerden am **Magen** oder **Darm**? nein

schlechtes Gedeihen chronische Durchfälle
 wiederholtes Erbrechen häufiges Aufstoßen, säuerl. Mundgeruch

Gibt es **allergische Erkrankungen** in der **Familie**? nein

	Mutter	Vater	Geschwister	andere
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausstaubmilbenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

