



Datum: _____

Name: _____

Liebe Eltern!

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um uns folgende Fragen zu beantworten. Sie erleichtern uns so die Suche nach möglichen Allergien und Asthma bei Ihrem Kind. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

1. Fragen zum Säuglingsalter:

- In der wievielten Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt?
- Gab es Probleme/Komplikationen in den ersten 4 Wo. nach der Geburt? ja nein
- Hatte Ihr Kind als Säugling Milchschorf? ja nein

2. Leidet Ihr Kind unter häufigem Husten? ja nein

Wenn ja - in welchen Situationen tritt der Husten vorwiegend auf:

- Nachts? ja nein
- Bei Erkältung (Infekten)? ja nein
- Beim Sport? ja nein
- Bei Kälte? ja nein
- Zu einer bestimmten Jahreszeit? Wenn ja, welche: _____ ja nein
- In Stresssituationen oder bei Aufregung? ja nein
- Hat Ihr Kind schon einmal unter einer sogenannten obstruktiven oder spastischen Bronchitis gelitten? ja nein
- War es deshalb schon einmal stationär in der Klinik? ja nein

Wenn Sie eine dieser Fragen mit „ja“ beantwortet haben:

- Seit wann bestehen die Beschwerden?
- Wie häufig hat Ihr Kind bereits unter solchen Beschwerden gelitten?

3. Leidet Ihr Kind unter häufigem Räuspern? ja nein

4. Kommt Ihr Kind beim Spielen / Sport schneller „aus der Puste“ als andere Kinder? ja nein

5. Hat es wegen des Hustens / Asthmas eine Therapie (Inhalation etc.) erhalten? ja nein

Wenn ja: welche? _____

6. Hat es häufiger
- Lungenentzündungen? ja nein
 - Mittelohrentzündungen? ja nein

7. Hat Ihr Kind vermehrt Mundgeruch oder Aufstoßen? ja nein

8. Schnarcht es? ja nein

9. Ist bei Ihrem Kind eine Neurodermitis bekannt? ja nein

Wenn ja: durch welche Auslöser verschlechtert sich die Haut?

- Bestimmte Kleidung? ja nein
- Stress? ja nein
- Infekte? ja nein
- Nahrungsmittel? ja nein

10. Kommt es unter bestimmten Umständen zu Rötung und Jucken der Augen, zu Schnupfen und Niesreiz oder zu einer verstopften Nase? ja nein

Wenn ja:

- Zu einer bestimmten Jahreszeit? Wenn ja, wann: _____ ja nein
- Bei Staub (saubermachen etc.)? ja nein
- Bei Kontakt mit Tieren? ja nein

11. Hat Ihr Kind einmal allergisch auf ein Medikament reagiert? ja nein

Wenn ja, welches? _____

12. Vermuten Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten bei Ihrem Kind? ja nein

Wenn ja, gegen welche Lebensmittel? _____

13. Wurde bei Ihrem Kind bereits ein Röntgenbild der Lunge angefertigt? ja nein

Wenn ja: wann und wo?

14. Wurde bereits eine Allergietestung durchgeführt? ja nein

- Auf der Haut („Prick-Test“)? ja nein
- Im Blut? ja nein

15. Wurde bei Ihrem Kind ein Schweißtest durchgeführt? ja nein

16. Gibt es weitere Besonderheiten in der Vorgeschichte? ja nein

17. Leiden Sie selbst oder andere Familienangehörige (Mutter, Vater, Geschwister) an:

- Asthma? Wenn ja, wer? _____ ja nein
- Heuschnupfen? Wenn ja, wer? _____ ja nein
- Neurodermitis? Wenn ja, wer? _____ ja nein
- Andere Allergien?

18. Rauchen Sie oder andere Familienmitglieder? ja nein

19. Hat Ihr Kind Kontakt zu Tieren? ja nein

- Im Haushalt? ja nein
- Außerhalb? ja nein

Wenn ja, welche Tiere :