

Fragebogen zu Nahrungsmittelallergien

Kinder- und Jugendarztpraxis
Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährungsmedizin
Pädiatrische Pneumologie und Allergologie
Neonatologie

Dr. med. Sonja Pirner
Dr. med. Marcia Mirgel
Dr. med. Isabel Wormit-Frenzel
Dr. med. Wolfgang Landendörfer
Dr. med. Sarah Merkel
Dr. med. Marlon Kain

Ostendstr.229-231
90482 Nürnberg

Tel. 0911 541626

Fax 0911 8156950



Mail: pneumo-allergo@dr-landendoerfer.de

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie diesen Bogen soweit Ihnen dies möglich ist aus und senden Sie ihn vor dem Termin in unserer Praxis an uns zurück mit. **Bitte mailen Sie auch bereits vorhandene Befunde (z.B. Allergiediagnostik) und vorhandene Arztberichte (z.B. über stationäre Aufenthalte) schon im Vorfeld an - uns zusammen mit dem Fragebogen.** Falls Sie ein **Notfall-Set** haben, bringen Sie dieses bitte zum Termin mit.

Wichtig: Nach Erhalt ihrer Unterlagen melden wir uns per Mail bei Ihnen mit einem Terminvorschlag. Dies ist notwendig um die optimale Diagnostik für Ihr Kind planen zu können.

Patientendaten:

Bogen ausgefüllt von (Mutter, Vater, ...): _____ Datum: _____

Name:	Vorname:	Geburtstag:
Name, Vorname der Eltern		
Adresse (Straße, PLZ, Ort):		
Telefon:	E-Mail:	Versicherung
Bekannte Diagnosen (ggf. Vorbefunde, Arztberichte beilegen)		
<input type="checkbox"/> Überweisung durch Kinderarzt beifügen (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Vorstellung auf eigenen Wunsch		
Name Kinderarzt/Hausarzt: _____		

Name des Kindes _____

Beschreiben Sie bitte, was der Grund Ihrer Vorstellung bei uns ist und auf welche Nahrungsmittel ihr Kind reagiert hat.

Beschwerden		
Nahrungsmittel 1 ->	Vermieden seit	Grund für Vermeidung
Nahrungsmittel 2 ->	Vermieden seit	Grund für Vermeidung
Nahrungsmittel 3 ->	Vermieden seit	Grund für Vermeidung
Nahrungsmittel 4 ->	Vermieden seit	Grund für Vermeidung

<p>Wurde eines der oben genannten Nahrungsmittel früher bereits vertragen?</p> <p>Wenn ja, wann wurde es zuletzt gegessen?</p>	
<p>Wurden zu einem früheren Zeitpunkt Nahrungsmittel vermieden, die jetzt wieder vertragen werden?</p>	

Erkrankungen? Allergietests? Notfallset?

<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Neurodermitis
Weitere Erkrankungen?		
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?		
Allergietests? Ergebnisse bitte beifügen	<input type="checkbox"/> Bluttest	Datum:
	<input type="checkbox"/> Hauttest	Datum:
Notfallset vorhanden? Medikamente bitte eintragen ->		

Name des Kindes _____

Pro Nahrungsmittel eine Seite, das heißt diese Seite ggf. kopieren!

Nahrungsmittel: <i>Genauere Beschreibung z.B. Erdnussflips, Hühnerei als Rührei, „Nussriegel“, „Babybrei“ (Immer Details zu Inhaltsstoffen, gerne auch als Foto)</i>			
Datum Ereignis Monat/Jahr ->	1. Ereignis	2. Ereignis	3. Ereignis
Welche Beschwerden traten nach dem Verzehr auf? <i>Nach wievielen Minuten trat das Symptom auf?</i>			
Juckreiz am ganzen Körper	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
„Hautausschlag“	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Ort des „Ausschlags“ (z.B. Gesicht)			
Niesen/Naselaufen	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Gesichtsschwellung	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Ort der Schwellung (z.B. Lippen)			
Rötung der Augenbindehaut	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Husten	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Atemnot	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
pfeifende Atemgeräusche	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Übelkeit	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Erbrechen	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Bauchkrämpfe	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Durchfall	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Herzrasen	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Schwindel	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Schwäche	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Verschlechterung der Neurodermitis	<input type="checkbox"/> __ Std./Tage	<input type="checkbox"/> __ Std./Tage	<input type="checkbox"/> __ Std./Tage
Sonstiges ->	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min	<input type="checkbox"/> ____ min
Notfall-Medikamente selbst gegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja -> welche?			
Ärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
Ja, durch Kinderarzt/ Notarzt/ Krankenhaus ->			
Medikamente vom Arzt gegeben? Wenn bekannt ->			