

Verlaufsbogen zur Hyposensibilisierungsbehandlung

Bitte fülle den Fragebogen gemeinsam mit deinen Eltern aus.

Ausgefüllt von _____ und _____ am _____

Nachname, Vorname: _____ geb. am: _____

Welche **Hauptbeschwerden** hast du?

— _____ — _____
— _____ — _____

Welche **Organsysteme** sind betroffen? Bitte ankreuzen

j = ja / n = nein

Nase

1. Verstopfte Nase? j n
Wenn ja, vorwiegend? morgens tagsüber nachts
2. Nasenjucken? j n
3. Laufende Nase mit wässrigem Fließschnupfen? j n
4. Mehrmals tägliches Niesen? j n
Wenn ja, wann genau? _____
5. Beeinträchtiger Geruchssinn? j n
6. Entzündungen/Vereiterungen der Nasennebenhöhlen? j n
7. Operation bzw. Spülung der Nasennebenhöhlen durchgeführt? j n

Ergänzungen: _____

Augen

8. Tränende Augen? j n
9. Gerötete Augen? j n
10. Juckende Augen? j n
11. Echte Bindehautentzündung (Konjunktivitis)? j n
12. Geschwollene Augenlider? j n

Ergänzungen: _____

Hals/Mund

13. Kratzen/Jucken im Rachen? j n
14. Schwellungen im Bereich des Mundes? j n
15. Beeinträchtiger Geschmackssinn? j n

Ergänzungen: _____

Verlaufsbogen zur Hyposensibilisierungsbehandlung

Lunge

16. Plötzliche Atembeschwerden? j n
17. Asthmatische Beschwerden? j n
Wenn ja, wie oft pro Woche? _____
18. Husten und/oder Hustenanfälle? j n
Wenn ja, mit oder ohne Auswurf (Schleim)? mit Auswurf ohne Auswurf

Ergänzungen: _____

Haut

19. Wiederkehrende Hautausschläge? j n
Wenn ja, wie oft pro Woche? _____
20. Andauernder Hautausschlag? j n
21. Starke Reaktionen bei Insektenstichen allgemein? j n
22. Auftreten von Nesselsucht (Urtikaria)? j n
Wenn ja, wann zuletzt? _____

Ergänzungen: _____

Sonstiges

23. Häufig Erkältungskrankheiten j n
Wenn ja, wie oft pro Jahr? _____
24. Wiederkehrende Kopfschmerzen j n
Wenn ja, wie oft pro Woche? _____
25. Konzentrationsschwierigkeiten j n
26. Abgeschlagenheit/ Müdigkeit tagsüber j n
27. Blutarmut (Anämie) j n
28. Nase laufen, Augenjucken oder asthmatische Beschwerden im Ferienhaus? j n
Wenn ja, in welcher Gegend ist das Ferienhaus? _____

29. Schlafqualität gut schlecht

30. Wie viele Allergie-Medikamente hat Ihr Kind im Vergleich zum letzten Kalenderjahr gebraucht?
 mehr weniger gleich viel

31. Welche Antiallergika nimmt Ihr Kind ein? _____

32. Sind neue Medikamente dazu gekommen? ja, folgende _____ n

Ergänzungen: _____

Verlaufsbogen zur Hyposensibilisierungsbehandlung

Nur für Bienen- und Wespenallergiker

33. Starke Reaktionen bei Bienen-, Wespen-, Hornissen- oder anderen Insektenstichen? j n

Wenn ja, welches Tier? Biene Wespe anderes Insekt: _____

34. Wann war der letzte Stich? _____

35. Wie sah das aus? (bitte beschreiben) _____

Ergänzungen: _____

In welchen Zeitraum hast du die oben aufgeführten Beschwerden?

Im Jahr: _____

Im Monat/In den Monaten: _____

Bitte betreffendes ankreuzen:

1. In welchem/en Monat/en sind die Beschwerden am stärksten ausgeprägt?

Januar Februar März April Mai Juni Juli
 August September Oktober November Dezember ganzjährig

2. Wo treten die Hauptbeschwerden auf? in geschlossenen Räumen im Freien zu Hause im Schlafzimmer
 im Bett im Bad / WC im Wohnzimmer in Kellerräumen auf dem Speicher in Schule/
Kindergarten im Garten in der Nähe von Wiesen Getreidefeldern Wald Tieren (Stall, Zoo, Zirkus)
 kein bestimmter Ort
 Sonstiges: _____

3. Die Hauptbeschwerden treten auf bei/beim: Bettenmachen Blumengießen Hausarbeiten (Staubsaugen/-wischen)
 Ausbürsten von Kleidern Rasenmähen Laub zusammenkehren Umgang mit Tieren
 Kontakt mit Rauchern nach Insektenstichen körperlichen Anstrengungen
 bestimmten Freizeitbeschäftigungen: _____

4. Wann/Wo tritt Beschwerdefreiheit ein?

im Winter bei Regen im Hochgebirge am Meer bei Auslandsreisen

5. Wie lange dauern deine Hauptbeschwerden gewöhnlich?

ein bis zwei Stunden mehrere Stunden mehrere Tage mehrere Wochen

6. Hast Du neben der Hyposensibilisierung eine der folgenden Maßnahmen durchgeführt?

dauerhafter Wechsel der Bekleidung Wohnraumsanierung Wohnungswechsel Vermeiden von Tierkontakt
 Verzicht auf Rauchen von Erwachsenen Diät

Abschaffen von: Haus- oder Gartenpflanzen Haustieren

Sonstiges: _____

7. Insgesamt haben sich Deine Hauptbeschwerden im Vergleich der letzten Befragung insgesamt:

verbessert verschlechtert nicht verändert

Vielen Dank für deine und Ihre Antworten!

Stempel der Arztpraxis/Klinik