



Dr. med. Sabine Stöfken & Dr. med. Michael Rapp

Bonnenring 102 • 47877 Willich
Tel. 02154/428008 • Fax 02154/428076

Allergie-Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Bogen ausgefüllt von: _____

ausgefüllt am: _____

Telefonnummer: _____

Kinderarzt:
(für Arztbrief) _____

Welche Symptome haben Sie beobachtet, die auf eine Allergie hinweisen könnten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ekzeme ¹ | <input type="checkbox"/> Nesselsucht ² |
| <input type="checkbox"/> Augenjucken | <input type="checkbox"/> Augenrötung |
| <input type="checkbox"/> Niesen | <input type="checkbox"/> verstopfte Nase |
| <input type="checkbox"/> Fließschnupfen | <input type="checkbox"/> Räuspern |
| <input type="checkbox"/> Husten ³ | <input type="checkbox"/> Atemnot ³ |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Erbrechen |

☐ _____

1 > Bitte füllen Sie auch den Neurodermitis-Anamnesebogen aus

2 > Bitte füllen Sie auch den Urtikaria-Anamnesebogen aus

3 > Bitte füllen Sie auch den Asthma-Anamnesebogen aus

4 > Wenn plötzlich mehrere der oben genannten Beschwerden aufgetreten sind, füllen Sie bitte auch den Anaphylaxie-Anamnesebogen aus

Die Beschwerden treten hauptsächlich auf

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> im Winter | <input type="checkbox"/> im Frühjahr | <input type="checkbox"/> im Sommer | <input type="checkbox"/> bei Tierkontakt |
| <input type="checkbox"/> bei Infekten | <input type="checkbox"/> zuhause | <input type="checkbox"/> nach Belastung | |

☐ Sonstiges _____

Bonnenring 102 ▪ 47877 Willich
Tel. 02154/428008 ▪ Fax 02154/428076

☐ gering ☐ mittel ☐ stark ☐ sehr stark ☐ unerträglich

☐ gering ☐ mittel ☐ stark ☐ sehr stark ☐ unerträglich

0 gering 0 mittel 0 stark 0 sehr stark 0 unerträglich

☐ gering ☐ mittel ☐ stark ☐ sehr stark ☐ unerträglich

☐ Ja ☐ nein

01 02 03 04 05 06 07 08 09 010

Wegen der Beschwerden bekommt mein Kind folgende Medikamente

☐ täglich ☐ an mehr als 4 Tagen/Woche

☐ an weniger als 4 Tagen/Woche ☐ nur vereinzelt

Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt?

☐ Nein

O Ja > wann? _____
 > wo? _____
 > mit welchem Ergebnis? _____



Dr. med. Sabine Stöfken & Dr. med. Michael Rapp

Bonnenring 102 • 47877 Willich
Tel. 02154/428008 • Fax 02154/428076

In der Familie des Kindes gibt es andere Personen mit allergischen Erkrankungen

☐ Nein

☐ Ja z.B. Neurodermitis bei _____
 allergisches Asthma bei _____
 Heuschnupfen bei _____
 Sonstige Allergien bei _____

Mein Kind hat regelmäßig Kontakt zu Haustieren (zu Hause, bei Großeltern, Tagesmutter, Freunden)

☐ Nein

☐ Ja, und zwar _____

Wurden bereits Maßnahmen zur Hausstaubmilbensanierung durchgeführt?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar _____

Raucht jemand in der Umgebung oder Hausgemeinschaft des Kindes?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar _____

Mein Kind hat folgende Hobbies

Bitte bringen Sie zur Erstvorstellung alle vorliegenden Befunde (Krankenhausberichte, Allergietest,) und die aktuell verabreichten Medikamente mit.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe