



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

im Winter im Frühjahr im Sommer bei Tierkontakt

bei Infekten zuhause nach Belastung

Sonstiges _____



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

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

Die Beschwerden sind an den Augen

gering mittel stark sehr stark unerträglich

Die Beschwerden sind an der Nase

gering mittel stark sehr stark unerträglich

Die Beschwerden sind an den unteren Atemwegen

gering mittel stark sehr stark unerträglich

Die Beschwerden sind an der Haut

gering mittel stark sehr stark unerträglich

Wegen der Beschwerden leidet mein Kind an Schlafstörungen

Ja nein

Diese liegen auf einer Skala von 0 – 10 zurzeit bei

0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 0 8 0 9 0 10

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

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 (zuhause, 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