



Gab es Kofaktoren bei der Reaktion?

ja  nein  Falls Ja, welche?

Körperliche Belastung (Sport)  welche: \_\_\_\_\_

Grunderkrankung:  welche: \_\_\_\_\_

Medikamente:  welche: \_\_\_\_\_

Psychische Belastung:  \_\_\_\_\_

Alkohol:  \_\_\_\_\_

Menstruation:  \_\_\_\_\_

Sonstige Kofaktoren:  \_\_\_\_\_

Welche Symptome sind bei der schwersten Reaktion aufgetreten?

**Haut/Schleimhaut**

Schwellung Auge/Lippe

Flush

Rötung

Juckreiz

Nesselsucht

**Gastrointestinaltrakt**

Bauchschmerzen

Durchfall

Erbrechen

Harn- u. Stuhlgang

Übelkeit

**Atmung**

Atemstillstand

Luftnot

Husten

Heiserkeit

**Kreislauf**

Blutdruckabfall

Kollaps

Kreislaufstillstand

Schwindel

Herzrasen

Bewusstseinsminderung

Wer führte die Erstbehandlung durch?

Keine Therapie

Notarzt

Klinik

Andere Person(en) + Notfallmedik.

Welche Medikamente wurden gegeben?

Keine

Adrenalin  i.v.  i.m.  inhalativ  s.c.

β2-Mimetika  i.v.  oral  inhalativ

Glukokortikoid  i.v.  oral

Antihistaminikum  i.v.  oral

Sonstige: \_\_\_\_\_

Welche Maßnahmen wurden zur Prophylaxe ergriffen?

Keine

Notfallmedikamente verordnet:

Schulung zu Notfallmedikamenten:

Spezif. Immuntherapie (Desensibilisierung)

Beratung zum Auslöser (inkl. Allergiepass)

Sonstige: \_\_\_\_\_

Welche Notfallmedikamente hat der Patient zur Prophylaxe erhalten?

Anapen/Fastjekt/Jext

Cetirizin/Loratadin/Aerius/Fenistil-Trpf.

Salbutamol-Spray

Prednisolon/Celestamine liquidum

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### **Sonstige Allergieanamnese:**

Haben Sie bzw. Ihr Kind Asthma?

ja  nein  Falls Ja, seit wann? \_\_\_\_\_ Jahre(n)

Haben Sie bzw. Ihr Kind Neurodermitis?

ja  nein  Falls Ja, seit wann? \_\_\_\_\_ Jahre(n)

Haben Sie bzw. Ihr Kind Heuschnupfen?

ja  nein  Falls Ja, seit wann? \_\_\_\_\_ Jahre(n)

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt?

ja  nein  Falls Ja, welche?

Birke

Gräser

Beifuß

Hausstaubmilbe

Tierhaare

Nahrungsmittelallergien (z.B. Erdnuss)

Hat Ihr Kind andere Erkrankungen?

ja  nein  Falls Ja, welche?

Herzerkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Sonstige: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie bzw. Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

ja  nein  Falls Ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie wird das Kind betreut?

Eltern  Großeltern

Geschwister  Sonstige Personen: \_\_\_\_\_

Besucht Ihr Kind eine öffentliche Einrichtung/Betreuung?

ja  nein  Falls Ja, welche?

Kindergarten

Schule

Sonstige: \_\_\_\_\_

### **Ernährung:**

Gibt es Nahrungsmittel, die bewusst vermieden werden?

ja  nein  Falls Ja, welche?

---

---