



Anaphylaxie-Anamnesebogen

Für _____, geb. am _____

Bogen ausgefüllt von: _____ am: _____

Kinderarzt: _____
(für Arztbrief)

Datum des Auftretens der anaphylaktischen Reaktion: _____._____._____

Trat die Reaktion erstmalig auf?

Ja ☐

Nein ☐ zum wievielten Mal? _____

Sind/Ist der /die Auslöser der Reaktion bekannt?

Ja ☐

Nein ☐

begründeter Verdacht _____ ☐

Welche Maßnahmen wurden zur Diagnosefindung durchgeführt?

persönliche Anamnese ☐

Hauttest ☐

Spezifische IgE-Bestimmung (Antikörpertest) ☐

Provokationstest ☐

Tryptasebestimmung ☐

Sonstige: _____ ☐

Was war der Auslöser der Reaktion?

Nahrungsmittel: ☐ welches: _____

Medikamente: ☐ welches: _____

Insektengifte: ☐ welches: _____

Sonstige Auslöser ☐ welche: _____

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?
