

Fragebogen zur Anamnese allergischer Atemwegserkrankungen

nach Prof. Dr. Schultze-Werninghaus

Name: _____ Vorname: _____
geb.: _____ Telefon privat: _____ dienstl.: _____
Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

ausgefüllt am: _____

Arzt, Klinik (Stempel): _____

Bitte kreuzen Sie das entsprechende Kästchen so an:  Bitte ergänzende Bemerkungen am Rand eintragen!

A. I. Wer füllt den Fragebogen aus?

Der Patient selbst Mutter Vater Sonstiger (wer? _____)

II. Welche Beschwerden sind der Grund für den Arztbesuch? (Bitte sämtliche Beschwerden angeben)

III. Welches sind die Hauptbeschwerden?

IV. In welchem Alter sind die ersten Beschwerden aufgetreten? Mit _____ Jahren.

V. Beruf: Erlernt: _____ (von _____ bis _____)

Jetzige Tätigkeit: _____ (seit _____)

Raum für Ergänzungen

B. Bestehen (oder bestanden früher) folgende Krankheitserscheinungen? (MM/JJJJ)

- | | | | |
|--------------------------|---|-------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Spastische Bronchitis als Kind | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 2. Krupphusten als Kind | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 3. Milchschorf, Säuglingsekzem | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 4. Asthma, Atemnot, erschwertes Atmen | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 5. Husten, Bronchitis, Reizhusten | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 6. Heuschnupfen, häufiger Schnupfen | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 7. Niesanfälle (mehr als 5x nacheinander) | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 8. behinderte Nasenatmung, Stockschnupfen | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 9. Kieferhöhlen-, Stirnhöhlenentzündung | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 10. Nasenpolypen | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 11. Augentränen, Augenjucken | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 12. Schwellungen von Augenpartien, Augenlidern | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 13. Hautquaddeln, Urticaria, Nesselausschlag | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 14. Schwellung, Juckreiz von Lippen, Gaumen, Rachen | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 15. Neurodermitis, atopisches Ekzem | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 16. Kontaktekzem (Schmuckekzeme) | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 17. Migräne, halbseitiger Kopfschmerz | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 18. Magen-Darm-Beschwerden, Durchfallneigung | seit (von): _____ | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> | 19. Häufige fieberhafte Erkältungskrankheiten | seit (von): _____ | bis: _____ |

C. Leidet oder litt ein Verwandter an Atemwegs- oder Hautbeschwerden?

20. nein, nicht bekannt.
 21. Ja, ich weiß von folgender Erkrankung bei dem Verwandten: (Bitte Art der Beschwerden angeben)

Bitte erkrankten Verwandten ankreuzen Asthma, Bronchitis Heuschnupfen Hauterkrankungen Sonstiges

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 22. Vater | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 23. Mutter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 24. Sohn (Söhne) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 25. Tochter (Töchter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 26. Bruder (Brüder) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 27. Schwester(n) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 28. Großvater väterlicherseits | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 29. Großmutter väterlicherseits | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 30. Großvater mütterlicherseits | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 31. Großmutter mütterlicherseits | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 32. Bruder oder Schwester des Vaters | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 33. Bruder oder Schwester der Mutter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 34. Andere Verwandte _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

D. Wie sind Wohnung und Arbeitsplatz beschaffen? Einzug in die jetzige Wohnung: _____ (Jahr)

Wohnung:

35. Großstadt 36. Kleinstadt 37. Dorf, ländliche Umgebung
 38. Altes Haus 39. Neues Haus 40. Gas (Küche/Heizung)

Büro/Arbeitsplatz:

41. Klimaanlage 42. Sonstige Beobachtungen _____

E. Wann treten die Hauptbeschwerden auf? (Nur die am besten passende Frage ankreuzen!)

43. Die Beschwerden sind als **Dauerbeschwerden** während des ganzen Jahres vorhanden.
44. Die Beschwerden treten **in unregelmäßigen Abständen während des ganzen Jahres** auf (wie oft?):
45. 1 – 4 x pro Jahr 46. 5 – 10 x pro Jahr 47. häufiger als 10 x pro Jahr
48. Die Beschwerden treten zwar **während des ganzen Jahres** auf, sie sind aber **in bestimmten Monaten regelmäßig schlimmer**.
49. Die Beschwerden treten **ausschließlich in bestimmten Monaten** auf.

F. In welchen Monaten treten die regelmäßigen Beschwerden auf (siehe Frage 49)?**In welchen Monaten sind die Beschwerden am schlimmsten (siehe Frage 48)?**

50. Januar 53. April 56. Juli 59. Oktober
51. Februar 54. Mai 57. August 60. November
52. März 55. Juni 58. September 61. Dezember

G. Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten Tageszeit auf?

62. Nein, die Beschwerden sind ständig vorhanden
63. Nein, die Beschwerden können zu jeder Tageszeit auftreten
64. Ja, besonders starke Beschwerden bestehen oft zu folgenden Tageszeiten:
65. Morgens nach dem Aufstehen 67. Nach Feierabend, abends
66. Nach Beginn der Berufstätigkeit 68. Nachts von _____ bis _____ (Uhr)

H. Treten die Beschwerden vorwiegend an bestimmten Orten auf?

69. Nein, die Beschwerden sind ortsunabhängig
70. Ja, besonders starke Beschwerden treten an folgenden Orten auf:
71. In der Wohnung (welche Räume: _____)
72. Am Arbeitsplatz (welche Tätigkeit: _____)
73. Bei Tierkontakt (Stall, Zoo, Zirkus, usw.) Ort: _____
74. Im Freien (Wiesen, Felder, Schwimmbad, usw.) Ort: _____
75. Sonstige Beobachtungen: _____

I. Treten die Beschwerden vorwiegend bei bestimmten Tätigkeiten auf?

76. Nein, die Beschwerden sind nicht unmittelbar mit einer bestimmten Tätigkeit verbunden.
77. Ja, die Beschwerden treten vor allem bei folgenden Tätigkeiten auf:
78. Hausarbeiten, Betten machen, Teppich kehren, Staub saugen, Bücher abstauben, usw.
79. Berufstätigkeit (welche Tätigkeit: _____)
80. Umgang mit Tieren (Haustiere, Reiten, Jagd, Beruf, etc. Tier: _____)
81. Bei anderen Hobbies (welches: _____)
82. Bei körperlichen Anstrengungen, beim Sport, beim Joggen
83. Beim Rasen mähen
84. Bei anderen Tätigkeiten (welche? _____)

J. Treten die Beschwerden bei intensivem Geruch, Dämpfen, Staub oder anderen Atemwegsreizen auf?

85. Nein
86. Ja, die Beschwerden werden durch folgende Reize ausgelöst:
87. Hausstaub 92. Desinfektionsmittel
88. Mehlstaub 93. Fett-, Braten-, Kochdünste
89. Bau-, Zementstaub 94. Kälte, rascher Temperaturwechsel
90. Waschmittelstaub 95. Nebel, Feuchtigkeit
91. Haar-, Körper-, Farbspray 96. Lachen
97. Sonstige Reize: _____

K. Bestehen (oder bestanden früher) Kontakte zu Tieren, z.B. in der Wohnung, bei Freunden, Verwandten, im Beruf? Wurden früher in der Wohnung Tiere gehalten?

98. Nein, Tierkontakt besteht weder heute noch in früheren Jahren. Tiere wurden nicht gehalten.
99. Ja, zu folgenden Tieren bestehen oder bestanden Kontakte:

| | seit (von) | wie oft | | seit (von) | wie oft |
|--|------------|-----------|---|------------|-----------|
| | bis (Jahr) | pro Woche | | bis (Jahr) | pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 100. Hund | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 106. Kaninchen | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 101. Katze | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 107. Rind | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 102. Pferd | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 108. Schwein | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 103. Meerschwein | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 109. Wellensittich | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 104. Ratte, Maus | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 110. Kanarienvogel | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 105. Aquarium | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 111. Taube | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> 112. Sonstige Tierkontakte: _____ | | | | | |

L. Sind bei Tierkontakten Beschwerden aufgetreten?

113. Nein, nicht aufgefallen.
114. Ja (Tiere: _____)
Beschwerden: _____

M. Besteht zeitweilig eine völlige oder weitgehende Beschwerdefreiheit?

115. Nein, es besteht nie Beschwerdefreiheit oder deutliche Besserung.
116. Ja, besonders gut geht es mir bei folgenden Gelegenheiten:
117. An der See 119. Im Urlaub, an Wochenenden 121. Im Sommer
118. Im Hochgebirge 120. Bei Regen, Feuchtigkeit 122. Im Winter
123. Sonstige Beobachtungen: _____

N. Bestehen bei Nahrungsmitteln Abneigung (A) oder Unverträglichkeit (U)? Bitte ankreuzen!

124. Nein, ist nicht aufgefallen.
125. Ja, ich habe eine Abneigung (A) oder Unverträglichkeit (U) beobachtet bei:
126. Fisch (A)(U) 131. Apfel (A)(U) 136. Wein, Sekt (A)(U)
127. Muscheln, Krabben(A)(U) 132. Pfirsich (A)(U) 137. Fruchtsäfte (A)(U)
128. Ei (A)(U) 133. Hasel-, Walnuss (A)(U) 138. Erbsen, Bohnen (A)(U)
129. Milch (A)(U) 134. Sellerie (A)(U) 139. Kartoffeln (A)(U)
130. Käse, Joghurt, Quark(A)(U) 135. Kräuter, Gewürze (A)(U) 140. Zitronen, Apfelsinen (A)(U)
141. Anderes: _____

O. Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

142. Keine Beschwerden
143. Asthma, Atembeklemmungen 147. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
144. Wässriger Schnupfen, Niesen 148. Heftiger Kopfschmerz, Migräne
145. Lippen-, Rachenschwellung 149. Ekzem-Verschlimmerung
146. Gaumen-, Ohrenjucken 150. Nesselsucht, Urticaria, Hautjucken
151. Sonstige Beschwerden: _____

P. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente?

152. Nein
153. Ja, eine Überempfindlichkeit ist aufgefallen gegen:
154. Penicillin, andere Antibiotika (welche? _____)
155. Schmerz-, Grippemittel (welche? _____)
156. Kontrastmittelunverträglichkeit bei Röntgenuntersuchungen (Jodallergie)
157. Andere Medikamente (welche? _____)

Q. Bestehen (weitere) Hautallergien?

158. Nein
159. Ja, es kommt bei Kontakt mit folgenden Stoffen zu Hautjucken, Ekzemen oder Quaddeln:
160. Schmuck, Metall 161. Heftpflaster 162. Berufsstoffe (_____)
163. Sonstiges: _____

R. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche (Biene, Wespe)?

164. Nein
165. Ja, es sind nach dem Stich einer _____ folgende Reaktionen aufgetreten:
166. Starke Schwellungen (mehr als 5 cm Durchmesser) 168. Atemnot
167. Hautquaddeln am ganzen Körper 169. Schwächeanfall

S. Ist bereits ein Allergietest durchgeführt worden? Testergebnis?

170. Nein
171. Ja (Jahr: _____, Arzt, Klinik: _____)
172. Das Testergebnis ist mir nicht bekannt.
173. Bei der Testung fanden sich keine Hinweise für eine Allergie.
174. Folgende Allergien wurden festgestellt:
175. Pollen 176. Hausstaub(milben) 177. Schimmelpilzsporen
178. Tierhaare (welche? _____)
179. Andere Allergien (welche? _____)

T. Ist eine Hyposensibilisierung (= Desensibilisierung) durchgeführt worden?

180. Nein.
181. Ja (Jahre: von _____ bis _____)
182. Mit gutem Erfolg (Krankheit deutlich gebessert oder geheilt).
183. Ohne wesentlichen Erfolg (Krankheit wie vor der Behandlung oder schlechter).
184. Mit starken Nebenwirkungen (welche? _____)
185. Mit Abbruch der Behandlung (warum? _____)

U. Wurden bereits bestimmte Dinge abgeschafft? Wurde eine Wohnungssanierung durchgeführt?

186. Nein
187. Ja, folgende Dinge wurden abgeschafft:
188. Federbetten, Federkissen, Matratzen Wann? (Jahr _____)
189. Haustier (welches? _____) Wann? (Jahr _____)
190. Sonstige Maßnahmen (was? _____) Wann? (Jahr _____)
191. Mit Erfolg (deutliche Besserung) 192. Ohne Erfolg (unveränderte Beschwerden)

V. Sind bereits Operationen wegen der Erkrankung durchgeführt worden?

- 193. Nein
- 194. Ja, folgende Operationen sind durchgeführt worden:
 - 195. Nasenpolypen (wie oft? _____ mal)
 - 196. Rachenmandel, Adenotomie
 - 197. Gaumenmandel, Tonsillektomie
 - 200. Sonstige Operationen: _____
 - 198. Nasennebenhöhlen, Kieferhöhlen
 - 199. Nasenscheidewand, Nasenmuscheln
- 201. Beschwerden wie zuvor 202. Deutl. Besserung 203. Verschlechterung

W. Welche sonstigen Maßnahmen wurden schon wegen der Erkrankung durchgeführt?

Welche Ärzte wurden aufgesucht?

Behandlung erfolgte bei/in

- 204. Hausarzt 208. Internist 212. Homöopathischem Arzt
- 205. Hautarzt 209. Lungenarzt 213. Kurklinik, Spezialklinik
- 206. Hals-Nasen-Ohrenarzt 210. Psychotherapeut 214. Krankenhaus, stationär
- 207. Kinderarzt 211. Heilpraktiker 215. Krankenhaus, ambulant
- 216. Sonstige Ärzte, Kliniken: _____
- 217. Wieviele Ärzte wurden insgesamt aufgesucht? _____

Welche Behandlungsverfahren sind sonst noch durchgeführt worden?

- 218. Akupunktur 219. Autogenes Training 220. Atemtherapie, Atemschule
- 221. Andere Behandlungen (welche? _____)
- 222. Welche Behandlung hat gut geholfen? _____
- 223. Welche Behandlung hat keinen Erfolg gehabt? _____

X. Wie ist der Auswurf beschaffen?

- 224. Es besteht nie Auswurf
- 225. Es besteht Auswurf
 - wann?**
 - 226. Ganzjährig
 - 227. Einige Wochen im Jahr
 - 228. Nur selten
 - wieviel?**
 - 229. Sehr wenig
 - 230. Reichlich
 - 231. Sehr viel
 - wie ist er beschaffen?**
 - 232. Weißlich, zäh
 - 233. Gelblich, grünlich
 - 234. Blutig, bräunlich

Y. Wird geraucht?

- 235. Nein, noch nie
- 236. Nein, nicht mehr seit _____ (Jahr). Zuvor (was, wieviel?) _____ Stück pro Tag.
- 237. Ja, ich rauche (was?) _____ (wieviel?) _____ pro Tag, seit _____ (Jahr).
- 238. Ja, ein anderes Mitglied des Haushaltes raucht ständig/gelegentlich in der Wohnung.

Z. Welche Medikamente werden oder wurden zuletzt eingenommen/angewendet?

Bitte sämtliche Mittel angeben!

- 239. Keine Medikamente
- 240. Folgende Medikamente:

| Präparat (Name) | Dosis (Hübe, Tabletten, Anwendung etc.) pro Tag | seit (Jahr) |
|-----------------|---|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Raum für weitere Eintragungen:

Rückgabe des Fragebogens bitte an den behandelnden Arzt.

Bitte geben Sie die genaue Adresse Ihres Hausarztes an, sofern dieser einen Bericht erhalten soll:

(Name)

(Straße, Nr.)

(PLZ) (Ort)