

Fragebogen für Patienten mit Nahrungsmittelallergie

Name des Kindes:

Tagesdatum:

Geburtsdatum:

Adresse:

.....

.....

Email- Adresse:

Wer füllt den Fragebogen aus?

Telefon:

Krankenkasse des Kindes:

Zusatzversicherung Krankenhaus ja nein

Wenn ja, welche?

Welche Ärztin, welcher Arzt hat Sie überwiesen, bzw. wer ist Ihr Kinder- und Jugendarzt, bzw. Hausarzt? (wichtig für die Zusendung des Arztbriefes)

.....
.....
.....

Hat der Arzt/ die Ärztin eine **Zusatzbezeichnung Allergologie/Pneumologie**

ja nein

Welche Ärztin, welcher Arzt hat Sie überwiesen, bzw. wer ist Ihr Kinder- und Jugendarzt, bzw. Hausarzt? (wichtig für die Zusendung des Arztbriefes)

.....
.....
.....

Welche **Beschwerden** hat Ihr Kind?

.....
.....
.....
.....

Raum für ärztliche Ergänzungen

Bitte kreuzen Sie die Lebensmittel an, die Ihr Kind **aktuell** problemlos verzehrt, die Sie bewusst vermeiden und die Sie noch nicht eingeführt haben.

Lebensmittel	Bewusst vermieden	Noch nicht eingeführt	Problemlos vertragen
Hühnerei, roh (Rührei, gekochtes Ei)			
Hühnerei, gebacken (180 ° C, 30 min.)			
Kuhmilch, roh (Frischmilch, Käse, Joghurt)			
Kuhmilch, gebacken (180 ° C, 30 min)			
Erdnuss (in Müsli, Keksen, Erdnussbutter)			
Linsen			
Bohnen			
Erbsen			
Soja (als Getränk, Tofu)			
Lupine			
Kichererbsen			
Haselnuss (Nutella, Schokolade mit Haselnuss, Kekse, Mus)			
Walnuss (Brot, Kekse)			
Cashewkerne (Müsli)			
Pistazie (Speiseeis)			
Paranuss			
Macadamianuss			
Pecannuss			
Mandel (Mandeldrink, Mus)			
Weizen			
Dinkel			
Roggen			
Fisch			
Fleisch			
Saaten (SB- Kerne etc)			
Sesam			
Möhre, roh			
Apfel, roh			

Falls Sie ein Lebensmittel bewusst vermeiden, gab es Reaktionen
nach dem Verzehr eines Lebensmittels?

Ja Nein

Wann hat die allergische Reaktion stattgefunden? Datum:

Wenn Sie „ja“ angekreuzt haben,

Was wurde gegessen:

.....

In welchem Zeitraum trat die Reaktion auf?

Innerhalb von Minuten Innerhalb von 2 Stunden

Nach 2 Stunden

Datum der Reaktion:

Wie sah die Reaktion aus:

.....

Wie wurde sie behandelt, ggf. Medikamente:

.....

Nutzen Sie bitte ggf. einen Extrabogen!

Wurden **Auslassdiäten** empfohlen? ja nein

Wenn ja, welche?

.....

.....

Haben diese eine Wirkung gehabt? ja nein

Welche **Notfallmedikamente** haben Sie bisher erhalten?

.....

.....

Wurde bisher eine **Anaphylaxieschulung** durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, bei wem und wann?

Welche **Untersuchungen** wurden bisher durchgeführt?

Allergietest? Bluttest Hauttest Keiner von Beiden

Wenn ja, wann und wo?

Ergebnis: keine Allergie

Allergie gegen:

.....

Raum für ärztliche Ergänzungen

Ersteller: Fr. Hausmann	Freigeber: Fr. Prof. Gappa	Erstelldatum: 23.11.2023	Ablaufdatum: 01.12.2025	Gültig: KH
Prüfer: Fr. Koletzki	MAV-Zustimmung	V:2	1.Ü:	3.10.1.5.4.2.2 Fragebogen NMA.doc
				Seite 3 von 4

Bestehen Beschwerden am **Magen** oder **Darm**? ja nein

Ja, und zwar:

- schlechtes Gedeihen chronische Durchfälle
 wiederholtes Erbrechen häufiges Aufstoßen, säuerl. Mundgeruch

Geburtsanamnese

Ist Ihr Kind früher als errechnet **zur Welt gekommen**? ja nein

wenn ja, welche SSW? Geburtsgewicht

Ist ihr Kind per Kaiserschnitt geboren worden?

ja nein

Gab es in den ersten Lebenstagen **Komplikationen**? ja nein

wenn ja, welche?

Sauerstoffbedarf? maschinelle Beatmung?

Gibt es **allergische Erkrankungen** in der **Familie**? ja nein

	Mutter	Vater	Geschwister	andere
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausstaubmilbenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche bisher nicht erfragten Themen in Bezug zu Nahrungsmittelallergien
Sehen Sie im Zusammenhang mit den Beschwerden Ihres Kindes als wichtig an?

-
-
-

Welche **Fragen** haben Sie?

-
-
-

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Raum für ärztliche Ergänzungen