

Fragebogen zur Anamnese allergischer Atemwegserkrankungen

nach Prof. Dr. Schultze-Werninghaus

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

ausgefüllt am: _____

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

Arzt, Klinik (Stempel):

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?

Raum für Ergänzungen

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

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

Jetzige Tätigkeit: _____ (seit _____)

B. Bestehen oder bestanden früher folgende Krankheitserscheinungen?

- | | Monat | Jahr | Monat | Jahr |
|--|-------------------|------|------------|------|
| <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. Niesanfalle (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, Durchfallsneigung | 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, Bettenmachen, Teppichkehren, Staubsaugen, Bücherabstauben, 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 Rasenmähen
 - 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) bis (Jahr)	wie oft pro Woche		seit (von) bis (Jahr)	wie oft 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 Wohnungsanierung 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
- 205. Hautarzt
- 206. Hals-Nasen-Ohrenarzt
- 207. Kinderarzt
- 216. Sonstige Ärzte, Kliniken: _____
- 217. Wieviele Ärzte wurden insgesamt aufgesucht? _____
- 208. Internist
- 209. Lungenarzt
- 210. Psychotherapeut
- 211. Heilpraktiker
- 212. Homöopathischem Arzt
- 213. Kurklinik, Spezialklinik
- 214. Krankenhaus, stationär
- 215. Krankenhaus, ambulant

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?	wieviel?	wie ist er beschaffen?
<input type="checkbox"/> 226. Ganzjährig	<input type="checkbox"/> 229. Sehr wenig	<input type="checkbox"/> 232. Weißlich, zäh
<input type="checkbox"/> 227. Einige Wochen im Jahr	<input type="checkbox"/> 230. Reichlich	<input type="checkbox"/> 233. Gelblich, grünlich
<input type="checkbox"/> 228. Nur selten	<input type="checkbox"/> 231. Sehr viel	<input type="checkbox"/> 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:

Nachdruck nur mit
Genehmigung des
Herausgebers gestattet

(Name) _____ (Straße, Nr.) _____ (PLZ) (Ort) _____