

Fragebogen zur Anamnese allergischer Atemwegserkrankungen

nach Prof. Dr. Schultze-Werninghaus

Name _____ Vorname _____ *ausgefüllt am:* _____
geb. _____ Telefon privat _____ dienstl. _____
Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____ *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? _____)

Raum für Ergänzungen

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 _____)

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

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

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

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

Bitte bekannte Erkrankungen der entsprechenden Verwandten ankreuzen

	Asthma, Bronchitis	Heuschnupfen	Hauterkrankungen	Sonstiges
☐ 22. Vater	☐	☐	☐	_____
☐ 23. Mutter	☐	☐	☐	_____
☐ 24. Sohn (Söhne)	☐	☐	☐	_____
☐ 25. Tochter (Töchter)	☐	☐	☐	_____
☐ 26. Bruder (Brüder)	☐	☐	☐	_____
☐ 27. Schwester(n)	☐	☐	☐	_____
☐ 28. Großvater väterlicherseits	☐	☐	☐	_____
☐ 29. Großmutter väterlicherseits	☐	☐	☐	_____
☐ 30. Großvater mütterlicherseits	☐	☐	☐	_____
☐ 31. Großmutter mütterlicherseits	☐	☐	☐	_____
☐ 32. Bruder oder Schwester des Vaters	☐	☐	☐	_____
☐ 33. Bruder oder Schwester der Mutter	☐	☐	☐	_____
☐ 34. Andere Verwandte _____	☐	☐	☐	_____

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 E, Nr. 49)?

In welchen Monaten sind die Beschwerden am schlimmsten (siehe Frage E, Nr. 48)?

- ☐ 50. Januar ☐ 52. März ☐ 54. Mai ☐ 56. Juli ☐ 58. September ☐ 60. November
☐ 51. Februar ☐ 53. April ☐ 55. Juni ☐ 57. August ☐ 59. Oktober ☐ 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, Böden kehren, Staubsaugen, Bücher abstauben, usw.
☐ 79. Berufstätigkeit (welche Tätigkeit: _____)
☐ 80. Umgang mit Tieren (Haustiere, Reiten, Jagd, Beruf, etc. Tier: _____)
☐ 81. Bei bestimmten Hobbys (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 ☐ 91. Haar-, Körper-, Farbspray ☐ 95. Nebel, Feuchtigkeit
☐ 88. Mehlstaub ☐ 92. Desinfektionsmittel ☐ 96. Lachen
☐ 89. Bau-, Zementstaub ☐ 93. Fett-, Braten-, Kochdünste ☐ 97. Sonstige Reize:
☐ 90. Waschmittelstaub ☐ 94. Kälte, rascher Temperaturwechsel _____

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
☐ 100. Hund	_____	_____	☐ 106. Kaninchen	_____	_____
☐ 101. Katze	_____	_____	☐ 107. Rind	_____	_____
☐ 102. Pferd	_____	_____	☐ 108. Schwein	_____	_____
☐ 103. Meerschwein	_____	_____	☐ 109. Wellensittich	_____	_____
☐ 104. Ratte, Maus	_____	_____	☐ 110. Kanarienvogel	_____	_____
☐ 105. Aquarium	_____	_____	☐ 111. Taube	_____	_____
☐ 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
- ☐ 144. Wässriger Schnupfen, Niesen
- ☐ 145. Lippen-, Rachenschwellung
- ☐ 146. Gaumen-, Ohrenjucken
- ☐ 151. Sonstige Beschwerden: _____
- ☐ 147. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
- ☐ 148. Heftiger Kopfschmerz, Migräne
- ☐ 149. Ekzem-Verschlimmerung
- ☐ 150. Nesselsucht, Urticaria, Hautjucken

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?

- ☐ 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) ☐ 198. Nasennebenhöhlen, Kieferhöhlen
- ☐ 196. Rachenmandel, Adenotomie ☐ 199. Nasenscheidewand, Nasenmuscheln
- ☐ 197. Gaumenmandel, Tonsillektomie
- ☐ 200. Sonstige Operationen: _____
- ☐ 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. Homöopathischer 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. Wie viele 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? | wie viel? | wie ist er beschaffen? |
|---|--|--|
| ☐ 226. Ganzjährig | ☐ 229. Sehr wenig | ☐ 232. Weißlich, zäh |
| ☐ 227. Einige Wochen im Jahr | ☐ 230. Reichlich | ☐ 233. Gelblich, grünlich |
| ☐ 228. Nur selten | ☐ 231. Sehr viel | ☐ 234. Blutig, bräunlich |

Y. Wird geraucht?

- ☐ 235. Nein, noch nie
- ☐ 236. Nein, nicht mehr seit _____ (Jahr). Zuvor (was, wie viel?) _____ Stück pro Tag.
- ☐ 237. Ja, ich rauche (was?) _____ (wie viel?) _____ 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 _____

*Nachdruck nur mit
Genehmigung des
Herausgebers gestattet*