

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)

- | | | |
|--|-------------------|------------|
| <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, 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. 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
<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 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
<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: _____

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. 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. 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? |
|---|--|--|
| <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, 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*

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:
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 117. An der See | <input type="checkbox"/> 119. Im Urlaub, an Wochenenden | <input type="checkbox"/> 121. Im Sommer |
| <input type="checkbox"/> 118. Im Hochgebirge | <input type="checkbox"/> 120. Bei Regen, Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> 122. Im Winter |
| <input type="checkbox"/> 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:
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 126. Fisch (A) (U) | <input type="checkbox"/> 131. Apfel (A) (U) | <input type="checkbox"/> 136. Wein, Sekt (A) (U) |
| <input type="checkbox"/> 127. Muscheln, Krabben (A) (U) | <input type="checkbox"/> 132. Pfirsich (A) (U) | <input type="checkbox"/> 137. Fruchtsäfte (A) (U) |
| <input type="checkbox"/> 128. Ei (A) (U) | <input type="checkbox"/> 133. Hasel-, Walnuss (A) (U) | <input type="checkbox"/> 138. Erbsen, Bohnen (A) (U) |
| <input type="checkbox"/> 129. Milch (A) (U) | <input type="checkbox"/> 134. Sellerie (A) (U) | <input type="checkbox"/> 139. Kartoffeln (A) (U) |
| <input type="checkbox"/> 130. Käse, Joghurt, Quark (A) (U) | <input type="checkbox"/> 135. Kräuter, Gewürze (A) (U) | <input type="checkbox"/> 140. Zitronen, Apfelsinen (A) (U) |
| <input type="checkbox"/> 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:
- | | |
|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 188. Federbetten, Federkissen, Matratzen | Wann? (Jahr _____) |
| <input type="checkbox"/> 189. Haustier (welches? _____) | Wann? (Jahr _____) |
| <input type="checkbox"/> 190. Sonstige Maßnahmen (was? _____) | Wann? (Jahr _____) |
| <input type="checkbox"/> 191. Mit Erfolg (deutliche Besserung) | |
| <input type="checkbox"/> 192. Ohne Erfolg (unveränderte Beschwerden) | |