



Fragebogen für Familien mit Nahrungsmittelallergien

Liebe Patienten und Eltern,

um unser Gespräch über Nahrungsmittelallergien vorzubereiten, bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Wir sprechen anschließend gemeinsam darüber.

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Wer füllt den Fragebogen aus? _____ Telefon: _____ Email: _____

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

Gibt es bereits Vorbefunde (Arztbriefe, Blutuntersuchungen, Allergietests)?

Nein ☐ Ja ☐ falls ja, bitte unbedingt Kopien der Unterlagen mitbringen

Bitte schildern Sie für jedes Nahrungsmittel, das vermutlich Symptome auslöste den Verlauf:

Bei welchen Nahrungsmitteln traten Beschwerden auf? Wie waren sie zubereitet? Wann trat welche Reaktion auf?

(z.B. rohe Haselnüsse, Erbrechen nach 15 Minuten, zuletzt vor 3 Monaten)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Welche Symptome traten auf?

(Bitte hier ankreuzen oder, falls Reaktionen auf mehrere Nahrungsmittel auftraten die obigen Ziffern eintragen)

- ☐ Hautrötung _____ ☐ Schwellung, wenn ja, wo: _____, gibt es Fotos? Falls ja, bitte mitbringen
- ☐ Niesen _____ ☐ Husten _____ ☐ Atemnot _____
- ☐ Übelkeit _____ ☐ Erbrechen _____ ☐ Durchfall _____
- ☐ Apathie _____ ☐ Verwirrtheit _____ ☐ Aggression _____ ☐ plötzliches Schlafen _____
- ☐ sonstiges: _____

Wurden Medikamente gegeben?

Wenn ja, welche? _____

Wie lange hat die Reaktion gedauert? _____

Wurde der Rettungsdienst/Notarzt alarmiert

Nein ☐ Ja ☐ falls ja, bitte Protokoll mitbringen

Erfolgte eine Betreuung im Krankenhaus oder in einer Praxis

Nein ☐ Ja ☐ falls ja, wann und wo? _____ bitte unbedingt Kopien mitbringen!

Hat Ihr Kind ein Notfallset?

Nein ☐ Ja ☐ falls ja, was ist darin enthalten? _____

Wurden die Familie in das Notfallset eingewiesen?

Nein ☐ Ja ☐ falls ja, fühlen Sie sich im Umgang damit sicher? Ja ☐ Nein ☐

Werden Nahrungsmittel gemieden?

Nein ☐ Ja ☐ falls ja, welche? _____

Fragebogen für Familien mit Nahrungsmittelallergien

Gibt es weitere Erkrankungen beim Kind?

☐ nein ☐ Asthma ☐ atopische Dermatitis ☐ allergischer Schnupfen ☐ sonstige: _____

Hat Ihr Kind Allergien gegen?

Baumpollen: ☐ ja ☐ nein Gräserpollen: ☐ ja ☐ nein

Hausstaubmilben: ☐ ja ☐ nein Tierhaare: ☐ ja ☐ nein

Gibt es atopische Erkrankungen in der Familie?

	Vater	Mutter	Geschwisterkind(er)	Großeltern		Tanten / Onkel	
				ms	vs	ms	vs
Asthma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Allergischer Schnupfen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tierhaarallergie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hausstaubmilbenallergie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nahrungsmittelallergie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Atopische Dermatitis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kontaktekzem	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Welche Fragen oder weitere Anmerkungen haben Sie?

Als Hochschulambulanz der Universitätskinderklinik besteht unsere Aufgabe darin, die Studierenden in Ihrer Ausbildung und der klinischen Forschung zu unterstützen. Eventuell werden wir Sie darum bitten, mit Ihrem Kind am Studentenunterricht teilzunehmen.

Dürfen wir Sie auch in Zukunft kontaktieren, falls eine klinische Studie für Ihr Kind in Frage kommt?

☐ Ja ☐ Nein

Checkliste für Ihren Besuch bei uns:

- ☐ gelbes Vorsorgeheft
- ☐ Fotos von Hautausschlägen (z.B. auf dem Handy)
- ☐ Allergieteste und Laboruntersuchungen (falls möglich als Kopie)
- ☐ Arztbriefe (ambulant, stationär und Reha, falls möglich als Kopie)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe