

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? _____)

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. Niesanfälle (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:
- | | | |
|---|---|---|
| <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?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 142. Keine Beschwerden | <input type="checkbox"/> 147. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall |
| <input type="checkbox"/> 143. Asthma, Atembeklemmungen | <input type="checkbox"/> 148. Heftiger Kopfschmerz, Migräne |
| <input type="checkbox"/> 144. Wässriger Schnupfen, Niesen | <input type="checkbox"/> 149. Ekzem-Verschlimmerung |
| <input type="checkbox"/> 145. Lippen-, Rachenschwellung | <input type="checkbox"/> 150. Nesselsucht, Urticaria, Hautjucken |
| <input type="checkbox"/> 146. Gaumen-, Ohrenjucken | |
| <input type="checkbox"/> 151. Sonstige Beschwerden: _____ | |

P. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente?

152. Nein
153. Ja, eine Überempfindlichkeit ist aufgefallen gegen:
- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 154. Penicillin, andere Antibiotika (welche? _____) |
| <input type="checkbox"/> 155. Schmerz-, Grippemittel (welche? _____) |
| <input type="checkbox"/> 156. Kontrastmittelunverträglichkeit bei Röntgenuntersuchungen (Jodallergie) |
| <input type="checkbox"/> 157. Andere Medikamente (welche? _____) |

Q. Bestehen (weitere) Hautallergien?

158. Nein
159. Ja, es kommt beim Kontakt mit folgenden Stoffen zu Hautjucken, Ekzemen oder Quaddeln:
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 160. Schmuck, Metall | <input type="checkbox"/> 161. Heftpflaster | <input type="checkbox"/> 162. Berufsstoffe (_____) |
| <input type="checkbox"/> 163. Sonstiges: _____ | | |

R. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche (Biene, Wespe)?

164. Nein
165. Ja, es sind nach dem Stich einer _____ folgende Reaktionen aufgetreten:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 166. Starke Schwellungen (mehr als 5 cm Durchmesser) | <input type="checkbox"/> 168. Atemnot |
| <input type="checkbox"/> 167. Hautquaddeln am ganzen Körper | <input type="checkbox"/> 169. Schwächeanfall |

S. Ist 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:
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 175. Pollen | <input type="checkbox"/> 176. Hausstaub(milben) | <input type="checkbox"/> 177. Schimmelpilzsporen |
| <input type="checkbox"/> 178. Tierhaare (welche? _____) | | |
| <input type="checkbox"/> 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:
- | | |
|---|--|
| <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) |

V. Sind bereits Operationen wegen der Erkrankung durchgeführt worden?

193. Nein
194. Ja, folgende Operationen sind durchgeführt worden:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 195. Nasenpolypen (wie oft? ___ mal) | <input type="checkbox"/> 198. Nasennebenhöhlen, Kieferhöhlen |
| <input type="checkbox"/> 196. Rachenmandel, Adenotomie | <input type="checkbox"/> 199. Nasenscheidewand, Nasenmuscheln |
| <input type="checkbox"/> 197. Gaumenmandel, Tonsillektomie | |
| <input type="checkbox"/> 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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 204. Hausarzt | <input type="checkbox"/> 208. Internist | <input type="checkbox"/> 212. Homöopathischer Arzt |
| <input type="checkbox"/> 205. Hautarzt | <input type="checkbox"/> 209. Lungenarzt | <input type="checkbox"/> 213. Kurklinik, Spezialklinik |
| <input type="checkbox"/> 206. Hals-Nasen-Ohrenarzt | <input type="checkbox"/> 210. Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> 214. Krankenhaus, stationär |
| <input type="checkbox"/> 207. Kinderarzt | <input type="checkbox"/> 211. Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> 215. Krankenhaus, ambulanz |
| <input type="checkbox"/> 216. Sonstige Ärzte, Kliniken: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> 217. Wieviele 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? | 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.

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)