

# 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?

\_\_\_\_\_

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

V. Beruf: Erlernt: \_\_\_\_\_ (von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_)

Jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_ (seit \_\_\_\_\_)

Raum für Ergänzungen

## 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:
- |   |   |   |
|---|---|---|
| <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
147. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
148. Heftiger Kopfschmerz, Migräne
149. Ekzem-Verschlimmerung
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)
167. Hautquaddeln am ganzen Körper
168. Atemnot
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 Wohnungssanierung 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: \_\_\_\_\_
  - 208. Internist
  - 209. Lungenarzt
  - 210. Psychotherapeut
  - 211. Heilpraktiker
  - 212. Homöopathischem Arzt
  - 213. Kurklinik, Spezialklinik
  - 214. Krankenhaus, stationär
  - 215. Krankenhaus, ambulant
  - 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
 

<b>wann?</b>	<b>wieviel?</b>	<b>wie ist er beschaffen?</b>
<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:

\_\_\_\_\_ (Name) \_\_\_\_\_ (Straße, Nr.) \_\_\_\_\_ (PLZ) \_\_\_\_\_ (Ort)