

# FRAGEBOGEN ZUR ANAMNESE ALLERGISCHER ATEMWEGSERKRANKUNGEN

nach Prof. Dr. Schultze-Werninghaus

## PATIENTENANGABEN

Name \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_  
 Geb. Datum \_\_\_\_\_  Männlich  Weiblich Wohnort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_)

### 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. 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, 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
- 51. Februar
- 52. März
- 53. April
- 54. Mai
- 55. Juni
- 56. Juli
- 57. August
- 58. September
- 59. Oktober
- 60. November
- 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
  - 66. Nach Beginn der Berufstätigkeit
  - 67. Nach Feierabend, abends
  - 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:
 

<input type="checkbox"/> 87. Hausstaub	<input type="checkbox"/> 92. Desinfektionsmittel
<input type="checkbox"/> 88. Mehlstaub	<input type="checkbox"/> 93. Fett-, Braten-, Kochdünste
<input type="checkbox"/> 89. Bau-, Zementstaub	<input type="checkbox"/> 94. Kälte, rascher Temperaturwechsel
<input type="checkbox"/> 90. Waschmittelstaub	<input type="checkbox"/> 95. Nebel, Feuchtigkeit
<input type="checkbox"/> 91. Haar-, Körper-, Farbspray	<input type="checkbox"/> 96. Lachen
<input type="checkbox"/> 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 |
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) |
141. Anderes: \_\_\_\_\_

**O. Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?**

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

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 204. Hausarzt   | <input type="checkbox"/> 208. Internist       | <input type="checkbox"/> 212. Homöopathischem 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, ambulant    |
| <input type="checkbox"/> 216. Sonstige Ärzte, Kliniken: _____                    |   |  |
| <input type="checkbox"/> 217. Wie viele Ärzte wurden insgesamt aufgesucht? _____ |   |  |

Welche Behandlungsverfahren sind sonst noch durchgeführt worden?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 218. Akupunktur  | <input type="checkbox"/> 219. Autogenes Training | <input type="checkbox"/> 220. Atemtherapie, Atemschule |
| <input type="checkbox"/> 221. Andere Behandlungen (welche? _____)               |  |  |
| <input type="checkbox"/> 222. Welche Behandlung hat gut geholfen? _____         |  |  |
| <input type="checkbox"/> 223. Welche Behandlung hat keinen Erfolg gehabt? _____ |  |  |

**X. Wie ist der Auswurf beschaffen?**

224. Es besteht nie Auswurf  
 225. Es besteht Auswurf

**wann?**

226. Ganzjährig  
 227. Einige Wochen im Jahr  
 228. Nur selten

**wie viel?**

229. Sehr wenig  
 230. Reichlich  
 231. Sehr viel

**wie ist er beschaffen?**

232. Weißlich, zäh  
 233. Gelblich, grünlich  
 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:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_