

Allergiefragebogen Nahrungsmittel

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Wegen welcher **Beschwerden** kommen Sie? _____

Gab es **Reaktionen** auf folgende **Nahrungsmittel**?

Kuhmilch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Hühnerei	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Weizen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Fisch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Soja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Obst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Gemüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Erdnuss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Haselnuss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Walnuss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Cashew	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> sicher und wiederholt gegessen, keine Reaktion	<input type="checkbox"/> bisher nicht (sicher) gegessen
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Wenn Sie bei einem der oben stehenden Nahrungsmittel „ja“ angekreuzt haben, dann beschreiben Sie bitte, was genau gegessen wurde, wie schnell danach die Reaktion auftrat und wie sie genau aussah, wann die Reaktion sich ereignet hat und wie sie behandelt wurde.

Welche Lebensmittel **meiden** Sie bewusst und seit wann?

1. _____ seit _____
2. _____ seit _____
3. _____ seit _____
4. _____ seit _____
5. _____ seit _____

Allergiefragebogen Nahrungsmittel

Welche **Untersuchungen** wurden bisher durchgeführt?

Allergietest? Bluttest Hauttest Keiner von Beiden

Wenn ja, wann?

Ergebnis: keine Allergie
 Allergie gegen:

Bestehen Beschwerden am **Magen** oder **Darm**? nein

- schlechtes Gedeihen chronische Durchfälle
- wiederholtes Erbrechen häufiges Aufstoßen, säuerl. Mundgeruch

Welche **Medikamente** werden eingenommen? _____

Welche **Notfallmedikamente** sind vorhanden? _____

Gibt es **allergische Erkrankungen** in der **Familie**? nein

	Mutter	Vater	Geschwister	andere
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausstaubmilbenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!