

Was löst nach Ihrer Einschätzung die Symptome aus?

- Pollen Hausstaubmilben Tierhaare Schimmel
- Nahrungsmittel (welche?) _____

Wie sehr beeinträchtigen die Beschwerden Ihr Kind?

(1 = überhaupt nicht störend / 10 = unerträglich störend):

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wo treten die Beschwerden auf?

- im Freien im Bett in feuchten/trockenen Räumen (zutreffendes unterstreichen)
- in Innenräumen in der Krippe/Kita/Schule
- Sonstige: _____

Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Allergie-Diagnostik durchgeführt?

Hauttest (Datum, Ergebnisse, Wo?): _____

Blutuntersuchung (Datum, Ergebnisse, Wo?): _____

Hat Ihr Kind bereits eine Allergie-Therapie erhalten?

Antiallergische Medikamente: _____

Hyposensibilisierung (Allergie-Immuntherapie) (Datum, Was?): _____

Falls Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnimmt, welche sind das?

- Betablocker Asthma-Medikamente Immunsuppressiva
- Sonstige: _____

Falls Ihr Kind noch andere Erkrankungen hat, welche sind das?

- Herz-Kreislauf-Erkrankung Autoimmunerkrankung Nierenerkrankung
- Lungenerkrankung Immundefekterkrankung Tumorerkrankung (bösartige)
- chronische Infektion (HIV, Hepatitis C o.ä.) chronisch entzündliche Erkrankung Erkrankung des Zahnfleisches/der Mundschleimhaut
- Andere/nähere Angaben _____