

# Checkliste

## Arztbesuch bei Verdacht auf Nahrungsmittelallergie

<i>Patient</i>	
Geburtsdatum	
Hausarzt / Kinderarzt	
Checkliste ausgefüllt am	
<i>Vorstellungsgrund</i>	
Beschwerden	_____
Wann traten die Beschwerden zum ersten Mal auf? (Zeitpunkt + Art der Beschwerden)	_____
Haben sich die Beschwerden im Laufe der Zeit verändert?	_____
Weitere Erkrankungen / welche?	_____
folgende Medikamente werden eingenommen	_____
bisherige Operationen (Datum / Grund)	_____
Krankenhausaufenthalte (Datum / Grund)	_____
Impfungen	siehe Impfpass

Bei Kindern: wurde gestillt?	ja      nein
Wie lange?	_____
Wann wurde die Beikost eingeführt?	_____
eigene Notizen	_____
<i>Familienanamnese</i>	
Wer wohnt im Haushalt? (Menschen und Haustiere)	_____
Geschwister (Alter)	_____
Gibt es ein Familienmitglied mit Allergien? (Mutter, Vater, Geschwister, Oma, Opa)	_____
Welche Allergien gibt es in der Familie?	_____
Symptome	_____
eigene Notizen	_____
<i>Lebenswelt</i>	
Wird im Haushalt geraucht?	ja      nein
Wird draussen geraucht?	ja      nein

Tritt eine Verschlechterung der Symptome bei / nach Rauchexposition auf?	ja      nein
Liegt ein Teppich im Schlafraum / Kinderzimmer?	ja      nein Welcher / Alter:
Hängen Gardinen im Schlafraum / Kinderzimmer?	ja      nein
Auf welcher Matratze schläft der Patient? (+Alter)	_____
Womit sind Kissen und Decke gefüllt?	_____
Besteht ein Problem mit Schimmel in der Wohnung?	_____
Gibt es Topfpflanzen in der Wohnung? (In welchen Räumen)	_____
eigene Notizen	_____
<i>Infekte</i>	
Anzahl pro Jahr	
Wie viele davon mit Fieber?	
Wie viele davon mit Komplikationen? (z.B. Mittelohrentzündung, Lungenentzündung,...)	_____
Kommt es bei Infekten zu Husten / pfeifender Atmung?	_____
eigene Notizen	_____

<i>Haut</i>	
Wurde eine chronische Hauterkrankung festgestellt?	ja      nein
Wenn ja,	
Wann? (ungefähres Alter)	_____
Welche?	_____
Traten diese Hautveränderungen in den letzten 3 Monaten auch auf?	ja      nein
eigene Notizen	_____
<i>Ernährung</i>	
Welche Nahrungsmittel spielen bei der Auslösung der Beschwerden eine Rolle? (Nahrungsmittel / Symptomatik)	_____ _____ _____
Welche Getränke lösen Beschwerden aus?	_____
Wie schnell treten die Reaktionen nach dem Verzehr des Lebensmittels auf?	_____
hier ist Platz, um eine ausführliche Symptomatik zu notieren	_____ _____ _____

Wir derzeit eine Ernährungsumstellung durchgeführt? Meidet der Patient Lebensmittel?	<hr/> <hr/> <hr/>
Wurde bereits ein Bluttest durchgeführt?	ja      nein
Wurde bereits ein Hauttest durchgeführt?	ja      nein
eigene Notizen	<hr/>
bitte zusätzlich zum ersten Facharztbesuch mitbringen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impfpass</li> <li>- U-Untersuchungsheft (bei Kindern)</li> <li>- Ergebnisse von vorhandenen relevanten Untersuchungen</li> <li>- nach Absprache: Ernährungs-Symptom-Protokoll (3 Tage)</li> </ul>

*Raum für Notizen / Fragen:*

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---