



Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Direktor: Prof. Dr. Hans P. Proquitté

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Sektion Pneumologie/Allergologie
Mukoviszidosezentrum:

Leiter: M. Lorenz, Dipl. troph. K. Schönherr
Dr. M. Pavlova, Dr. N. Beiersdorf; Dr. J. Burges,
Dr. M. Rasche, Dr. B.Hucke

Am Klinikum 1
D-07747 Jena

Tel.: 03641/ 9329 535 Fax: -536
E-Mail: Pulmo.Ambulanz @med.uni-jena.de

Universitätsklinikum Jena · Postfach · 07740 Jena

ANMELDEBOGEN Nahrungsmittelallergie

Nahrungsmittelallergien schränken die Lebensqualität von Betroffenen ein. Zusätzlich muss davon ausgegangen werden, dass eine Karenz eine mögliche Toleranzentwicklung hemmen kann. Daher halten wir eine gute Abklärung für notwendig, wenn:

- eine Erkrankung vorliegt, bei der NM als Auslöser von Schüben vermutet werden
- die Abklärung einer anaphylaktischen Reaktion sinnvoll ist
- eine NMallergie vorbekannt ist, eine Karenz durchgeführt wurde und nun die Frage der Toleranzentwicklung steht
- Diäten und restriktiver Ernährungsweise abgeklärt werden müssen
- Überwindung von Ängsten der Patienten und im sozialen Umfeld angestrebt wird
- (Anbahnung von Toleranzinduktion und Immuntherapie)

Die Nahrungsmittelprovokation ist Bestandteil der Diagnostik.

Ihr Team der Pädiatrischen Allergologie

Name und Vorname des Kindes:.....

Geburtsdatum:

Adresse:

E-MAIL: (WICHTIG!)

Telefonnummer: privat:

dienstlich:.....

mobil:.....

Kinderarzt/ Überweiser:

+ Unterschrift / Stempel zuweisender Arzt

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Liebe Eltern,

Folgende Abschnitte füllen Sie bitte selbst aus. Wir wollen uns ein Bild über eine mögliche Nahrungsmittelallergie bei Ihrem Kind machen, um über das weitere Vorgehen zu entscheiden. Bitte beantworten Sie alle Fragen nach Ihrem Wissen. Wenn Sie etwas nicht beantworten können, gern freilassen.

Für eine Bearbeitung erbitten wir die Aushändigung/Übersendung aktueller Befunde (max. 1 Jahr alt).

Warum soll Ihr Kind in der Kinderklinik, Bereich Nahrungsmittelallergien vorgestellt werden? Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. ergänzen!

- bekannte Nahrungsmittelallergie/n, Wunsch einer Nahrungsmittelprovokation
- Verdacht auf Nahrungsmittelallergie
- Ernährungsberatung gewünscht
- sonstiges _____

1. Allgemeine Angaben

Bekannte Erkrankungen: Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. ergänzen!

- Bekannte Allergien: _____ seit wann? _____ Diagnose durch: _____

- weitere Erkrankungen:

Medikamente: Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. ergänzen!

Name	seit
<input type="radio"/> _____	_____
<input type="radio"/> _____	_____
<input type="radio"/> _____	_____

- verfügbares Notfallset bei Nahrungsmittelallergie:

Essverhalten:

Folgende Lebensmittel werden von meinem Kind verzehrt (vermiedene Lebensmittel mit Nein kennzeichnen): Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. ergänzen!

Milch/produkte	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
Hühnerei in Form von Kuchen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
in Form von Frühstücksei/Rührei	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
Weizen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
Fleisch (Rind, Schwein, Huhn)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
Fisch	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
Gemüse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
Obst	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
Hülsenfrüchte wie Erbsen, Bohnen, Linsen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
Soja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
Erdnuss	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
Nüsse (Mandel, Haselnuss, ...)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt

Name, Vorname: Geburtsdatum:

2. Beschwerdebild:

2.a) Welche Reaktionen wurden nach Lebensmittelverzehr beobachtet? Bitte zutreffendes ankreuzen, unterstreichen und ergänzen!

- Husten**, Pfeifen oder Röcheln bei der Atmung, Atemnot seit:
- trockene Haut**, juckende Stellen, Milchschorf, endogenes Ekzem, Neurodermitis seit:
- Nesselsucht**, Quaddeln und Rötungen der Haut, Schwellung der Augenpartien seit:
oder im Mundbereich
- Kribbeln** im Mund oder Hals, Brennen auf der Zunge (auf Gesichtsbereich seit:
beschränkt)
- Magen- und Darmbeschwerden** seit:
- sonstiges seit:

Häufen sich benannte Beschwerden zu bestimmten Jahreszeiten? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- nein Frühjahr
- Sommer Herbst
- Winter

Wie schnell trat/tritt die Reaktion nach dem Lebensmittelverzehr auf? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- nach dem 1. Bissen kurz nach dem Essen
- nach ____ Stunden nach ____ Tagen

Wann trat die Reaktion erstmalig auf (wenn immer wieder auftretend, dann Häufigkeit angeben?)

Wann trat die letzte Reaktion auf?

2.b) Werden Beschwerden auch unabhängig von den Mahlzeiten beobachtet? Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen und ergänzen!

- ja (Bitte folgende Fragen beantworten!) nein (weiter unter 3.)
- Husten**, Pfeifen oder Röcheln bei der Atmung, Atemnot, gehäufte Bronchitiden, „statische Bronchitis“, Asthma seit:
- Lungenentzündung** seit:
wie oft?
- häufiger **Schnupfen**, Heuschnupfen, Niesanfalle, Schnarchen seit:
- Nasennebenhöhlenentzündungen** seit:
wie oft?
- tränen- oder gerötete Augen**, Polypen, vergrößerte Mandeln, häufige Erkältungskrankheiten, Stirnkopfschmerzen seit:
- trockene Haut**, juckende Stelle, Milchschorf, endogenes Ekzem, Neurodermitis aktuell
bis zum Alter von Jahren
- Nesselsucht**, Quaddeln und Rötungen der Haut, Schwellungen nach Insektenstichen, Schwellung der Augenpartien oder im Mundbereich seit:

Name, Vorname: Geburtsdatum:

- Magen- und Darmbeschwerden** (Bauchschmerzen, Durchfall, Erbrechen) seit:
- sonstiges..... seit:

Häufen sich benannte Beschwerden in bestimmten Monaten? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Januar | <input type="radio"/> Februar | <input type="radio"/> März |
| <input type="radio"/> April | <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> Juni |
| <input type="radio"/> Juli | <input type="radio"/> August | <input type="radio"/> September |
| <input type="radio"/> Oktober | <input type="radio"/> November | <input type="radio"/> Dezember |

Zu welcher Tageszeit beobachten Sie die Beschwerden? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> ganztägig | <input type="radio"/> tagsüber | <input type="radio"/> nachts |
| <input type="radio"/> früh morgens | <input type="radio"/> am Abend | |

Besteht teilweise völlige Beschwerdefreiheit? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- | | | |
|---------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> im Urlaub | <input type="radio"/> an der See | <input type="radio"/> bei Verwandten |
| <input type="radio"/> bei Regen | <input type="radio"/> unter Therapie mit | |

Bestehen verstärkte Beschwerden? Bitte zutreffendes ankreuzen!

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> im Haus | <input type="radio"/> im Keller | <input type="radio"/> im Freien |
| <input type="radio"/> auf Wiesen | <input type="radio"/> in Ställen oder Scheunen | <input type="radio"/> bei Wetterwechsel |
| <input type="radio"/> bei Kälte | <input type="radio"/> bei Wärme | <input type="radio"/> bei Staub |
| <input type="radio"/> bei Anstrengungen | <input type="radio"/> Rauchen (aktiv und passiv) | <input type="radio"/> bei Stress |
| <input type="radio"/> bei Pollenflug | <input type="radio"/> bei Kontakt zu Tieren | <input type="radio"/> sonstiges: |

3. Bekannte Testergebnisse:

Blutergebnisse:

Hauttestungen (PRICK Test):

Bitte fügen Sie bereits erhobene **Testergebnisse (max. 1 Jahre alt)** bei!