SCHULZE
THERAPIEN MACHEN SCHULE

Anaphylaxie – Schulung AGATE
Patientenfragebogen

Name: _____ Geburtsdatum: ___. ____. _____

Strasse:_____ Wohnort_____

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

Bei mir bzw. meinem Kind wurde die Diagnose Anaphylaxie gestellt

Datum des Auftretens der ersten Reaktion: ___ . ____ . _____

Trat die Reaktion weitere Male auf?
- Ja ☐
- Nein ☐ wie oft? ___
- Unbekannt ☐

Sind/Ist der/die Auslöser der Reaktion bekannt?
- Ja ☐
- Nein ☐
- begründeter Verdacht ☐

Welche Maßnahmen wurden zur Diagnosefindung durchgeführt?
- Persönliche Anamnese ☐
- Hauttest ☐
- IgE-Test im Blut (Antikörpertest) ☐
- Provokationstest ☐
- Sonstige: _____

Was war der Auslöser der Reaktion?
- Nahrungsmittel: ☐ welches: _____
- Medikamente: ☐ welches: _____
- Insektengifte: ☐ welches: _____
- Latex: ☐
- Immuntherapie: ☐ Spritze: ☐ Tablette/Tropfen: ☐
- Sonstige: ☐ welcher: _____

Gab es Kofaktoren bei der Reaktion? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche?
- Körperl. Belastung (Sport) ☐ welche: _____
- Grunderkrankung: ☐ welche: _____
- Medikamente: ☐ welche: _____
- Psychische Belastung:
- Alkohol:
- Menstruation:
- Sonstige Kofaktoren: welche: _____

Ärztliche Leitung:
Stephan B. Kollmann (FA f. Kinder – und Jugendmedizin)
Duisburger Landstraße 39 – 40489 Düsseldorf

Kontakt und Organisation:
Marion Brockerhoff - Roßpfad 42 – 40489 Düsseldorf
T 0211 – 16 54 259 F 0211 – 16 54 261

www.schulungszentrum-schulze.de info@schulungszentrum-schulze.de

SCHULZE
THERAPIEN MACHEN SCHULE

Welche Symptome sind bei der schwersten Reaktion aufgetreten:

Haut/Schleimhaut:
- Schwellung Auge/Lippe ☐
- Flush ☐
- Rötung ☐
- Juckreiz ☐
- Nesselsucht ☐

Magen-Darm-Trakt:
- Bauchschmerzen ☐
- Durchfall ☐
- Erbrechen ☐
- Harn- und Stuhlabgang ☐
- Übelkeit ☐

Atmung:
- Atemstillstand ☐
- Luftnot (exsp.) ☐
- Luftnot (insp.) ☐

Kreislauf:
- Blutdruckabfall ☐
- Kollaps ☐
- Kreislaufstillstand ☐
- Schwindel ☐
- Herzrasen ☐
- Bewusstseinsminderung ☐

Wann war die schwerste Reaktion? _____ . _____ . _____

Wer führte die Erstbehandlung durch?

Nur EINE Nennung möglich!

- Keine Therapie ☐
- Allergologe/ Facharzt ☐
- Angehörige mit Notfallmedikation ☐
- Andere Person(en) + Notfallmedik. ☐
- Hausarzt ☐
- Klinik ☐
- Patient mit Notfallmedikation ☐
- Notarzt ☐

Wo trat die Reaktion auf?

- Unbekannt ☐
- Arbeitsplatz, Schule, Kindergarten ☐
- Restaurant, Kantine, Imbiss ☐
- Zu Hause ☐
- Arztpraxis, Krankenhaus, Zahnarzt ☐
- Urlaubsreise ☐
- Verwandten, Freunden, Bekannten ☐
- Garten, Wiese, Wald ☐
- Öffentlicher Ort (Straße, Kino, etc.) ☐
- Sonstiges: _____

Ärztliche Leitung:
Stephan B. Kollmann (FA f. Kinder – und Jugendmedizin)
Duisburger Landstraße 39 – 40489 Düsseldorf

Kontakt und Organisation:
Marion Brockerhoff - Roßpfad 42 – 40489 Düsseldorf
T 0211 – 16 54 259 F 0211 – 16 54 261

www.schulungszentrum-schulze.de info@schulungszentrum-schulze.de

SCHULZE
THERAPIEN MACHEN SCHULE

Welche Maßnahmen wurden zur Vorbeugung ergriffen?

	unmittelbar n. Reaktion	seit der Reaktion
Keine Notfallmedikamente verordnet:	☐	☐
Schulung zu Notfallmedikamenten:	☐	☐
Hyposensibilisierung:	☐	☐
Auslöserberatung inkl. Allergiepass:	☐	☐
Sonstige: _____		

Welche Notfallmedikamente sind rezeptiert worden?

	unmittelbar n. Reaktion	seit der Reaktion
Adrenalinautoinjektor	☐	☐
Cetrizin Loratadin/ Fenistil-Tropfen	☐	☐
Salbutamol-Spray	☐	☐
Prednisolon	☐	☐
Celestamine liquidum	☐	☐
Sonstige: _____		

Haben Sie bzw. Ihr Kind die Medikamente immer bei sich? Ja ☐ Nein ☐

Wurden die Medikamente bereits einmal eingesetzt? Ja ☐ Nein ☐

Wie viel Zeit lag zwischen der unmittelbaren Reaktion und der Abklärung durch einen Allergologen? ___ Wochen

Wer hat die Auslöserdiagnostik vorgenommen?

- Dermatologe ☐
- Hausarzt ☐
- HNO-Arzt ☐
- Internist ☐
- Pädiater ☐
- Pneumologe ☐
- Sonstiger: _____

Von wem werden Sie bzw. Ihr Kind derzeit betreut?

- Dermatologe ☐
- Hausarzt ☐
- HNO-Arzt ☐
- Internist ☐
- Pädiater ☐
- Pneumologe ☐
- Sonstiger: _____

Ärztliche Leitung:
Stephan B. Kollmann (FA f. Kinder – und Jugendmedizin)
Duisburger Landstraße 39 – 40489 Düsseldorf

Kontakt und Organisation:
Marion Brockerhoff - Roßpfad 42 – 40489 Düsseldorf
T 0211 – 16 54 259 F 0211 – 16 54 261

www.schulungszentrum-schulze.de info@schulungszentrum-schulze.de

SCHULZE
THERAPIEN MACHEN SCHULE

Weitere Krankengeschichte:

Haben Sie bzw. Ihr Kind Asthma ? Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja, seit ___ Jahre(n)

Haben Sie bzw. Ihr Kind Neurodermitis ? Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja seit ___ Jahre(n)

Haben Sie bzw. Ihr Kind Heuschnupfen ? Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja seit ___ Jahre(n)

Haben Sie bzw. Ihr Kind Allergien ? Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja, welche?

Bäume z.B.Birke etc. ☐
Gräser ☐
Beifuss ☐
Hausstaubmilbe ☐
Tierhaare ☐
Nahrungsmittel ☐
Welche? _____
z.B. Haselnuss, Erdnuss etc

Unverträglichkeiten: _____
z.B. Tomate, Erdbeere, Farb-, Konservierungsstoffe

Haben Sie bzw. Ihr Kind andere Erkrankungen? Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja, welche?

Bluthochdruck ☐
Herzerkrankungen ☐
Schilddrüsenerkrankungen ☐
Lebererkrankungen ☐
Nierenerkrankungen ☐
Neurolog.Krankheiten
z.B. Epilepsie, MS etc. ☐
Bösartige Erkrankungen ☐

Nehmen Sie bzw. Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja, welche? _____
_____
_____
_____

Ärztliche Leitung:
Stephan B. Kollmann (FA f. Kinder – und Jugendmedizin)
Duisburger Landstraße 39 – 40489 Düsseldorf

Kontakt und Organisation:
Marion Brockerhoff - Roßpfad 42 – 40489 Düsseldorf
T 0211 – 16 54 259 F 0211 – 16 54 261

www.schulungszentrum-schulze.de info@schulungszentrum-schulze.de

SCHULZE
THERAPIEN MACHEN SCHULE

Wird eine bestimmte Diät durchgeführt? Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, welche: _____

Falls Sie den Fragebogen für ihr Kind ausgefüllt haben, beantworten Sie bitte folgende Fragen zusätzlich:

Wer betreut das Kind mit?

Vater:
Mutter
Großeltern
Ältere Geschwister
Sonstige Personen: _____

Besucht Ihr Kind eine öffentliche Einrichtung? Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja, welche?:

Kindergarten: ☐
Schule: ☐
Sonstige: _____

Welche Erwartungen haben Sie an die Schulung? _____
_____
_____
_____

Wie bzw. durch wen sind Sie auf unsere Schulung aufmerksam geworden ? _____
_____

Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt ? _____

_____ _____ _____
Ort: **Datum:** **Unterschrift:**

Vielen Dank für Ihre Mühe beim Ausfüllen dieses Fragebogens. Sie tragen damit maßgeblich zum Gelingen der gesamten Schulung bei.

Ihr Schulungteam

Ärztliche Leitung:
Stephan B. Kollmann (FA f. Kinder – und Jugendmedizin)
Duisburger Landstraße 39 – 40489 Düsseldorf

Kontakt und Organisation:
Marion Brockerhoff - Roßpfad 42 – 40489 Düsseldorf
T 0211 – 16 54 259 F 0211 – 16 54 261

www.schulungszentrum-schulze.de info@schulungszentrum-schulze.de