

Fragebogen zur Anaphylaxieschulung

Name: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Geschlecht: männlich weiblich

Diagnose und Therapie:

Datum des Auftretens der Reaktion: ____ . ____ . ____

Trat die Reaktion erstmalig auf? Ja
Nein zum wievielten Mal? _____
Unbekannt

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

Welche Maßnahmen wurden zur Diagnosefindung durchgeführt?
persönliche Anamnese
Hauttest
Spezifische IgE-Bestimmung (Antikörpertest)
Provokationstest
Tryptasebestimmung
Sonstige: _____

Was war der Auslöser der Reaktion?
Nahrungsmittel: welches: _____
Medikamente: welches: _____
Insektengifte: welches: _____
Latex:
Immuntherapie (Spritze): Tbl./Trpf.):
Sonstige Auslöser welche: _____

Gab es Kofaktoren bei der Reaktion? Ja nein
Wenn ja, welche?
Körperliche Belastung (Sport) welche: _____
Grunderkrankung: welche: _____
Medikamente: welche: _____
Psychische Belastung:
Alkohol:
Menstruation:
Sonstige Kofaktoren:

Welche Symptome sind bei der schwersten Reaktion aufgetreten?

Haut/Schleimhaut	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinaltrakt	<input type="checkbox"/>
Schwellung Auge/Lippe	<input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>
Flush	<input type="checkbox"/>	Durchfall	<input type="checkbox"/>
Rötung	<input type="checkbox"/>	Erbrechen	<input type="checkbox"/>
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Harn- u. Stuhlgang	<input type="checkbox"/>
Nesselsucht	<input type="checkbox"/>	Übelkeit	<input type="checkbox"/>
Atmung		Kreislauf	
Atemstillstand	<input type="checkbox"/>	Blutdruck	<input type="checkbox"/>
Luftnot	<input type="checkbox"/>	Kollaps	<input type="checkbox"/>
Luftnot	<input type="checkbox"/>	Kreislaufstillstand	<input type="checkbox"/>
		Schwindel	<input type="checkbox"/>
		Herzrasen	<input type="checkbox"/>
		Bewusstseinsminderung	<input type="checkbox"/>

Wann war die schwerste Reaktion? _____

Nur eine Nennung möglich!	Keine Therapie	<input type="checkbox"/>
	Allergologe/Facharzt	<input type="checkbox"/>
	Angehörige mit Notfallmedikament	<input type="checkbox"/>
	Andere Person(en) + Notfallmedik.	<input type="checkbox"/>
	Hausarzt	<input type="checkbox"/>
	Klinik	<input type="checkbox"/>
	Patient mit Notfallmedikament	<input type="checkbox"/>
	Notarzt	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente wurden gegeben?

Keine				
Adrenalin	i.v. <input type="checkbox"/>	i.m. <input type="checkbox"/>	inhalativ <input type="checkbox"/>	s.c. <input type="checkbox"/>
β2-Mimetika	i.v. <input type="checkbox"/>	oral <input type="checkbox"/>	inhalativ <input type="checkbox"/>	
Glukokortikoid	i.v. <input type="checkbox"/>	oral <input type="checkbox"/>		
Antihistaminikum	i.v. <input type="checkbox"/>	oral <input type="checkbox"/>		
Theophyllin	i.v. <input type="checkbox"/>	oral <input type="checkbox"/>		
Calcium	<input type="checkbox"/>			
Dopamine	<input type="checkbox"/>			
Volumen	<input type="checkbox"/>			
O2	<input type="checkbox"/>			
Sonstige:	_____			

Wo trat die Reaktion auf?

Unbekannt	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatz, Schule, Kindergarten	<input type="checkbox"/>
Restaurant, Kantine, Imbiss	<input type="checkbox"/>
Arztpraxis, Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Zu Hause	<input type="checkbox"/>
Öffentlicher Ort (Straße, Kino, etc.)	<input type="checkbox"/>
Urlaubsreise	<input type="checkbox"/>
Verwandten, Freunden oder Bekannten	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>
Garten, Wiese, Wald	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	_____

Welche Maßnahmen wurden zur Prophylaxe ergriffen?

	unmittelbar nach Rkt.	seit der Rkt.
Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notfallmedikamente verordnet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulung zu Notfallmedikamenten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezif. Immuntherapie (Desensibilisierung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zum Auslöser (inkl. Allergiepass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Notfallmedikamente hat der Patient zur Prophylaxe erhalten?

	unmittelbar nach Rkt.	seit der Rkt.
Anapen/Fastjekt/Jext	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cetirizin/Loratadin/Aerius/Fenistil-Trpf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salbutamol-Spray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prednisolon/Celestamine liquidum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie bzw. Ihr Kind die Medikamente immer bei sich? ja nein

Wurden die Medikamente bereits einmal eingesetzt? ja nein

Wieviel Zeit lag zwischen der unmittelbaren Reaktion und der Abklärung durch einen Allergologen? _____ Wochen

Wer hat die Auslöserdiagnostik vorgenommen?	Dermatologe	<input type="checkbox"/>
	Hausarzt	<input type="checkbox"/>
	HNO-Arzt	<input type="checkbox"/>
	Internist	<input type="checkbox"/>
	Pädiater	<input type="checkbox"/>
	Pneumologe	<input type="checkbox"/>
	Sonstiger: _____	<input type="checkbox"/>

Von wem werden Sie bzw. Ihr Kind derzeit betreut?	Dermatologe	<input type="checkbox"/>
	Hausarzt	<input type="checkbox"/>
	HNO-Arzt	<input type="checkbox"/>
	Internist	<input type="checkbox"/>
	Pädiater	<input type="checkbox"/>
	Pneumologe	<input type="checkbox"/>
	Sonstiger: _____	<input type="checkbox"/>

Sonstige Allergieanamnese:

Haben Sie bzw. Ihr Kind Asthma?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Falls Ja, seit wann?	_____	Jahre(n)

Haben Sie bzw. Ihr Kind eine Neurodermitis?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Falls Ja, seit wann?	_____	Jahre(n)

Haben Sie bzw. Ihr Kind Heuschnupfen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Falls Ja, seit wann?	_____	Jahre(n)

Sind bei Ihnen bzw. Ihrem Kind Allergien (Symptome wie Heuschnupfen oder Asthma) bekannt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Falls Ja, welche?	
	Birke	<input type="checkbox"/>
	Gräser	<input type="checkbox"/>
	Beifuß	<input type="checkbox"/>
	Hausstaubmilbe	<input type="checkbox"/>
	Tierhaare	<input type="checkbox"/>
	Nahrungsmittelallergien (z.B. Erdnuss) Unverträglichkeiten auf Farb- u. Konservierungsstoffe	<input type="checkbox"/>

Haben Sie bzw. Ihr Kind andere Erkrankungen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Falls Ja, welche?		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	
Neurolog. Erkrankungen (Epilepsie, MS)	<input type="checkbox"/>	
Bösartige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	

Nehmen Sie bzw. Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Falls Ja, welche?	_____	

Wer betreut das Kind?	Vater	<input type="checkbox"/>
	Mutter	<input type="checkbox"/>
	Großeltern	<input type="checkbox"/>
	Ältere Geschwister	<input type="checkbox"/>
	Sonstige Personen: _____	

Besucht Ihr Kind eine öffentliche Einrichtung?

ja nein

Falls Ja, welche?

Kindergarten

Schule

Sonstige: _____

Ernährung:

Wird eine bestimmte Diät durchgeführt?

ja nein

Falls Ja, welche? _____

Welche Erwartungen haben Sie an den Kurs?

Empty text area for expectations.

Steckbrief

Name: _____

Alter: _____

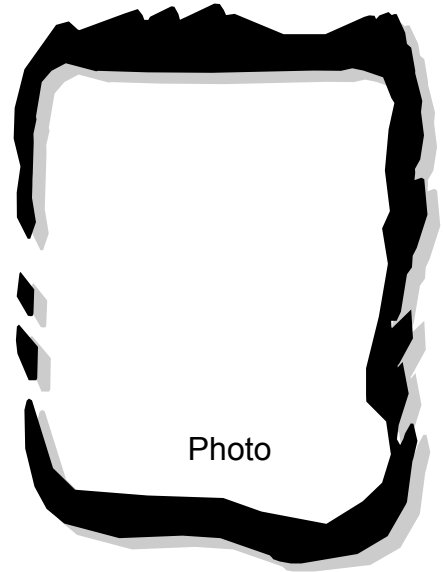
Klasse: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Augenfarbe: _____

Haarfarbe: _____



Steckbrief

Hobbys: _____

Das finde ich „Cool“:

Das finde ich „Uncool“:
