Allergie & Schlaf -Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Angaben zum Patienten*innen:

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d

1. Allergien & Vorerkrankungen

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?	☐ Ja	☐ Nein
Allergien in der Familie?	☐ Ja	☐ Nein

Falls ja: _____

2. Symptome

Hautreaktionen (Ausschlag, Juckreiz)?	☐ Ja	☐ Nein
Atemwegsprobleme (Husten, Asthma)?	☐ Ja	☐ Nein
Augenprobleme (Rötung, Jucken)?	☐ Ja	☐ Nein
Magen-Darm-Beschwerden?	☐ Ja	☐ Nein

3. Diagnose & Behandlung

Allergietest durchgeführt?	☐ Ja	☐ Nein

4. Schlafanamnese

Bestehen im infektfreien Intervall folgende Auffälligkeiten:

Schnarchen	☐ Ja	☐ Nein
Mundatmung	☐ Ja	☐ Nein
Atempausen	☐ Ja	☐ Nein

Wirkt Ihr Kind häufig:

unausgeschlafen	☐ Ja	☐ Nein
zappelig / unruhig	☐ Ja	☐ Nein
leicht ablenkbar	☐ Ja	☐ Nein
Hat Ihr Kind häufig Mittelohrentzündungen?	☐ Ja	☐ Nein