

Zusatzbogen: Allergie- und Haut-Anamnese

• Situation der Empfängnis und Schwangerschaft

Geplantes/ erwünschtes Kind	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Unerwünschte Schwangerschaft	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Trennung der Mutter vom Partner während der SS	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stabile Partnerschaft der Eltern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Komplikationen in der SS	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Seelische /emotionale Konflikte in der SS	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gab es vor der SS bereits Fehl- oder Totgeburten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

• Geburt

Spontane Geburt ohne Komplikationen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Spontane Geburt mit Komplikationen, wenn ja welche?	_____	
Geplanter Kaiserschnitt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Notfallkaiserschnitt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Einleitung der Geburt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

• Stillen, Krankheiten, Impfungen

Wurden Sie gestillt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wie lange? _____		
Milchersatznahrung? Vertragen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wie lange? _____		
Gab es i.d. ersten Monaten Probleme mit der Verdauung (starke Blähungen, Durchfälle, Bauchzwicken, etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

• Wurden Sie geimpft, wenn ja, welche Impfungen und wann?

• Wie war die Verträglichkeit der Impfungen? Gab es Reaktionen nach den Impfungen (Fieber, Infekte, Schwächung des Gesundheitszustandes o.a.)

• Hatte Ihre Mutter Amalgam u.a. Metalle im Mund? Wenn ja, was und wie viele Plomben?

• Gibt es bzgl. Ihrer Beschwerden oder Erkrankungen eine positive Familienanamnese? Wer aus der Familie ist ebenfalls an ähnlichen Beschwerden erkrankt?

• Haben oder hatten Sie selbst Amalgam in den Zähnen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wieviele? _____ Amalgam-Plomben		
Wurden das Amalgam entfernt? Wenn ja, wann? _____		
Abdeckung der Mundschleimhäute?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ausleitung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Mit was? _____		

- Haben Sie zusätzlich andere Metalle im Mund? Wenn ja, welche?

- Welche Nahrungsmittel essen Sie a) am liebsten und b) am häufigsten?

- Meiden Sie bestimmte Nahrungsmittel? Wenn ja, welche und warum?

- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten gegen bestimmte Lebensmittel oder Umweltsubstanzen wie Pollen oder chemische Substanzen? Wenn ja, auf welche?

- Gibt es Allergietests (Prick-, Blut-IgE-Tests) die sich mit den Reaktionen nach Verzehr oder durch Kontakt mit den Allergenen im Alltag decken? Wenn ja, welche? Kopien der Tests sind hilfreich für mich! Bitte ggf. beifügen!

- Welche Reaktionen haben Sie auf die unverträglichen Lebensmittel / Substanzen?

- | | |
|--|--------------------------|
| Hautausschlag | <input type="checkbox"/> |
| Juckreiz | <input type="checkbox"/> |
| Kribbeln im Hals und Mundraum | <input type="checkbox"/> |
| Schwellungen der Schleimhäute | <input type="checkbox"/> |
| Quaddelbildung (Urtikaria) | <input type="checkbox"/> |
| Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Durchfall | <input type="checkbox"/> |
| Blähungen | <input type="checkbox"/> |
| Verstopfung | <input type="checkbox"/> |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Fließschnupfen | <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck mit Schwindel, Übelkeit, Herzrasen | <input type="checkbox"/> |
| Herz-Rhythmus-Störungen | <input type="checkbox"/> |

Haut-Erkrankungen

- Wo genau befinden sich die Ekzeme?

- Beschreiben Sie ihre Haut:

- Trocken
- Schuppig
- Gerötet
- Entzündet
- Nässend

- Wann ist der Juckreiz am stärksten?

- Welche Situationen fördern den Juckreiz?

- Stress
- Anspannung
- Entspannung
- Schwitzen
- Hunger
- Vorfreude
- Nachts
- Umziehen
- Übergänge Tag/Nacht
- Essen bestimmter Lebensmittel

Gibt es bestimmte Situationen oder auch Jahreszeiten, an denen die Haut schlimmer ist?
