



## Allergispørgeskema

Barnets navn: \_\_\_\_\_ CPR-nr.:|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon hjemme: \_\_\_\_\_ Mobil (far/mor) \_\_\_\_\_

Mors navn: \_\_\_\_\_ Udd./arb.: \_\_\_\_\_

Fars navn: \_\_\_\_\_ Udd./arb.: \_\_\_\_\_

Barnets fødselsvægt:|\_|\_|\_|\_| gram. Fødselslængde:|\_|\_| cm.

Gestinationsalder:|\_|\_| uger

### 1. Sygdomme i familien

Har din mor, far eller søskende:

astma  høfeber  eksem  allergi  andet

Hvem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Sygdomstegn

LUNGERNE:

- |  | Ikke                                  | Lidt                     | Meget                    |
|--|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • hvor generet er du af:   |                                       |                          |                          |
| pibende, hvæsende vejrtrækning   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| natlig hoste   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| lungebetændelse  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • hvor ofte har du sygdomstegn?  |                                       |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> hver dag <input type="checkbox"/> hver uge <input type="checkbox"/> hver måned <input type="checkbox"/> andet _____ |                                       |                          |                          |
| • hvornår begyndte det (måned, år)? _____  |                                       |                          |                          |
|  | Ja                                    | Nej                      |                          |
| • forværres tilstanden af:   |                                       |                          |                          |
| fysisk anstrengelse/leg/sport  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                          |
| forkølelse   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                          |
| tobaksrøg  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                          |
| kulde/fugt/tåge  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> |                          |
| pollen   | <input type="checkbox"/>              |                          |                          |
| dyr  | <input type="checkbox"/>              |                          |                          |
|  | <input type="checkbox"/> hvilke _____ |                          |                          |
|  | <input type="checkbox"/> hvilke _____ |                          |                          |
| • hvilken årstid er værst:   |                                       |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> forår <input type="checkbox"/> sommer <input type="checkbox"/> efterår <input type="checkbox"/> vinter              |                                       |                          |                          |

NÆSE/ØJNE:

- |                          | Ikke                     | Lidt                     | Meget                    |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • hvor generet er du af: |                          |                          |                          |
| nysen, næseklø           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| tæt, tilstoppet næse     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## NÆSE/ØJNE FORTSAT

	Ikke	Lidt	Meget
løbende næse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kløe i øjnene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
røde øjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hævede øjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- hvor ofte har du sygdomstegn:  
 hver dag  hver uge  hver måned  andet \_\_\_\_\_
- hvornår begyndte det (måned, år): \_\_\_\_\_
- forværres tilstanden af:  
pollen  Ja  Nej  hvilke \_\_\_\_\_  
dyr  hvilke \_\_\_\_\_  
græs    
andet  hvilke \_\_\_\_\_

## HUD:

- |                                       | Ikke                     | Lidt                     | Meget                    |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • hvor generet er du af:<br>eksem     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nældefeber (rødt, kløende udslæt)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hævelser (læber, tunge, omkring øjne) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- hvor ofte har du sygdomstegn:  
 hver dag  hver uge  hver måned  andet \_\_\_\_\_
  - forværres tilstanden af:  
fødevarer  Ja  Nej  hvilke \_\_\_\_\_  
dyr  hvilke \_\_\_\_\_  
farvestoffer  hvilke \_\_\_\_\_  
varme, kulde    
andet  hvilket \_\_\_\_\_

## MAVE OG/ELLER TARM:

	Ikke	Lidt	Meget
• hvor generet er du af: mavesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diare/tynd mave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opkastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kløe i mund, svælg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- hvornår begyndte det (måned, år)? \_\_\_\_\_
- hvilke fødevarer giver sygdomstegn:  
\_\_\_\_\_



### 3. Miljø

DYR:

- hvilke dyr findes i boligen:

\_\_\_\_\_

RØG:

- |                                     | Ja                       | Nej                      |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • ryges der dagligt i hjemmet?      |                          |                          |
| indenfor                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| udenfor                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ryges der i dagpleje/institution? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SKIMMEL:

- |                            | Ja                       | Nej                      | Ved ikke                 |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • er der skimmel i boligen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 4. Behandling

Har du fået behandling for:

- |                              | Ja                       | Nej                      |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • astma/astmatisk bronchitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| medicin: _____               |                          |                          |
| • høfeber                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| medicin: _____               |                          |                          |
| • Eksem                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| medicin: _____               |                          |                          |
| • Andet: _____               |                          |                          |