



Allergispørgeskema

Barnets navn: _____ CPR-nr: |_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|

Adresse: _____

Telefon hjemme: _____ Mobil (far/mor) _____

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 (græs, birk) Ja Nej
 hvilke _____
dyr hvilke _____
andet hvilke _____

HUD:

- | | Ikke | Lidt | Meget |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • hvor generet er du af:
eksem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nældefeber (rødt, kløende udslæt) | <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"/> |

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 bronkitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| medicin: _____ | | |
| • høfeber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| medicin: _____ | | |
| • Eksem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| medicin: _____ | | |
| • Andet: _____ | | |