



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 dit barn 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 barnet sygdomstegn? | | | |
| <input type="checkbox"/> Hver dag <input type="checkbox"/> Hver uge <input type="checkbox"/> Hver måned <input type="checkbox"/> Andet _____ | | | |
| • Hvornår begyndte barnets symptomer (måned, år)? _____ | | | |
| | Nej | Ja | |
| • Forværres barnets tilstand 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 (f.eks. græs, birk) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hvilke _____ |
| dyr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hvilke _____ |
| • Hvilken årstid er værst for barnet: | | | |
| <input type="checkbox"/> Forår <input type="checkbox"/> Sommer <input type="checkbox"/> Efterår <input type="checkbox"/> Vinter | | | |

NÆSE/ØJNE:

- | | Ikke | Lidt | Meget |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Hvor generet er dit barn 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 dit barn sygdomstegn:
 Hver dag Hver uge Hver måned Andet _____
- Hvornår begyndte barnets symptomer (måned, år): _____
- Forværres barnets tilstand af:
Pollen (f.eks. græs, birk) Nej Ja Hvilke _____
dyr Hvilke _____
andet hvilke _____

HUD:

- | | Ikke | Lidt | Meget |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Hvor generet er dit barn 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 dit barn sygdomstegn:
 Hver dag Hver uge Hver måned Andet _____
 - Forværres barnets tilstand af:
fødevarer Nej Ja Hvilke _____
dyr Hvilke _____
farvestoffer Hvilke _____
varme, kulde
Andet Hvilke _____
dyr Hvilke _____

MAVE OG/ELLER TARM:

- | | Ikke | Lidt | Meget |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Hvor generet er dit barn 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 barnets symptomer (måned, år)? _____
- Hvilke fødevarer giver barnet sygdomstegn?: _____



3. Miljø

DYR:

- Hvilke dyr findes i boligen:

RØG:

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

SKIMMEL:

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

4. Behandling

Har du fået behandling for:

- | | Nej | Ja |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • 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: _____ | | |