



Informationen zur Provokations- Testung

Liebe Eltern,

Bei Ihrem Kind soll eine **die Verträglichkeit von Nahrungs- oder Arzneimittelmitteln*** getestet werden.
Bitte lesen Sie folgende Informationen aufmerksam durch und schicken den ausgefüllten Fragebogen ab S. 5 zusammen mit allen uns noch nicht bekannten Befunden/ Berichten bitte an uns zurück!

(* Es wird zwar überwiegend auf **Nahrungsmittel** Bezug genommen, Ähnliches gilt aber auch für **Arzneimittel**)

Wichtige Basis- Informationen

DEFINITION

– Was ist eine Nahrungs-/ Arzneimittelprovokation (NmP)?

☞ Testung der Verträglichkeit eines Nahrungs-/ Arzneimittels (Nm/ AZM) in ansteigender Menge

ZIEL

– Wozu dient letztlich eine Nahrungs-/ Arzneimittelprovokation?

- ☞ Vermeiden unnötig/ unnötig langer Meidung von Nahrungs-/ Arzneimitteln (Gefahr der Fehlernährung!)
- ☞ Vermeiden falscher „Allergie-“ Diagnosen, Stigmatisierung, Sorgen und Belastungen

INDIKATION

– Wann/ wozu wird eine Provokation durchgeführt?

- Bestätigung/ Ausschluss einer **Allergie** bei unsicherer Diagnose (Labor passt nicht zur Symptomatik)
- Nachweis einer **Toleranzentwicklung** (Verlust der Nm-Allergie im Verlauf- bei Kindern häufiger)

VORAUSSETZUNGEN

– Welche Punkte müssen vor einer Provokation erfüllt sein?

- vermutliche oder sichere allergische Reaktion in der Vorgeschichte und
- Nachweis einer Sensibilisierung bzw. Toleranzentwicklung durch Blut- und Hauttest(e) und
bzw. Nachweis einer Sensibilisierung gegenüber einem Nahrungsmittel, das bisher noch nie gegessen wurde und
- Meidung des betreffenden Nahrungs-/ Arzneimittels mind 2-4 Wochen vor der Provokation (s.o.) und
- Fehlen von Kontraindikationen (Gegenanzeigen - s.u.)

☐ Bluttest/e

Bestimmung der für die klassische Allergie ursächlichen **IgE- Antikörper**:

- **Gesamt-** und spezifisches (gegen *ein* konkretes Allergen oder Teile davon gerichtetes) **IgE**
- Ausschluss anderer Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen wie eine allergische Reaktion (z.B. chronische Entzündungen, Schilddrüsen-Fehlfunktion, Nahrungsmittelnunverträglichkeiten wie z.B. Zöliakie)

Befunde, die wir noch nicht kennen, bitte beilegen/ mitbringen

☐ Hauttest

Überprüfung der **Hautreaktion** bei Kontakt mit einem Allergen (*nicht unbedingt nötig*)

- **PRICK- Test** Einbringen verschiedener Stoffe unter die Haut am Unterarm
- **selten: Epikutantest** Aufbringen verschiedener Stoffe auf die Hautoberfläche

☐ evtl. Nahrungsmittel-Symptom-Tagebuch über mind. 2- 4 Wochen mit Dokumentation von:

- Nahrungsaufnahme: Uhrzeit, Art und Menge der Nahrung/ Inhaltsstoffe
- Reaktion: Welche? Wie lange nach dem Essen? Wie lange andauernd? Neurodermitis: Änderung?
- Therapie/ Medikamente: Was, wann, wieviel? Welcher Effekt nach welcher Zeit?
- Begleitumstände: körperliche/ psychische Belastung, Infekte, Medikamente (Schmerz-/ Fiebermittel u.a.), (Alkohol), gleichzeitiger Verzehr anderer Nm, Jahreszeit...

☐ Eliminations-Diät

Verzicht auf das/ die verdächtige/n Nahrungsmittel:

- **Eliminationsdiät** Weglassen einzelner verdächtiger Nahrungsmittel oder
- **Oligo-allergene Basisdiät** Weglassen der meisten Nm, die häufig allergische Reaktionen auslösen/ Spezialnahrung

Die Eliminationsdiät ist wichtiger Bestandteil sowohl der DIAGNOSTIK als auch der THERAPIE:

- **zur Diagnose** $\geq$ 2-4 Wochen mit Tagebuch: kommt es durch Meiden zur Besserung?
Mindest- Karenz- Zeiten: S. 2
- **als Therapie** bei sicherer Diagnose: lebenslang oder über Jahre

- Vor Überprüfung der Toleranzentwicklung durch Provokation ist ein erneuter Bluttestes zu empfehlen



- ⇒ **Mindestzeiten** für die **Meidung** des Nahrungs-/ Arzneimittels vor einer Provokations-Testung
- **mindestens 3- 5 Tage** bei allergischen **Sofortreaktionen** (bis 2 *Stunden* nach dem Essen auftretend)
 - **mindestens 1- 2 Wochen** bei **Atopischem Ekzem** (Neurodermitis)
 - **mindestens 2- 4 Wochen** bei nur auf den **Magen- Darm- Trakt** beschränkten Symptomen

KONTRAINDIKATIONEN

Wann sollte eine Provokation NICHT durchgeführt werden?

- ⇒ aktuell behandlungsbedürftiger anderer allergischer Erkrankung (Heuschnupfen, Bronchitis/ **Asthma**...)
- ⇒ starke/ eindeutige allergische Reaktion vor < 6 Monaten mit sehr hohen Blutwerten (auch bei Kontrolle)
- ⇒ allergische Reaktion/ Medikamentengabe/ sonstige Erkrankung kurz vor Provokation: **Mindestabstand:**

- ☐ stärkere, sicher **allergische Reaktion** **(2-) 4 WOCHEN** vor der Provokation
- ☐ Einnahme **anti- allergischer Medikamente:**
 - **Antihistaminika** (Fenistil, Cetirizin, Alerius- Saft o.ä.) bis **48 STUNDEN** vor der Provokation
 - **Kortison** (Saft, Tablette, Spritze, Zäpfchen) bis **2 WOCHEN** vor der Provokation
 - Kortison als Spray (Flutide® o.a.) *kann durchgehend weiter benutzt werden*
 - Spray: **Salbutamol** (Salmeterol, Formoterol o.a. inkl. Kombination) bis **1-2 TAGE** vor der Provokation
- ☐ **stärker wirksame Kortison- Cremes** (ab Klasse II) bis **1-2 WOCHEN** vor der Provokation
*schwach wirksame Kortison- Cremes und Tacrolimus/ Pimecrolimus (z.B. **Elidel**®) sind in geringer Menge auch während der Provokation möglich; Bei Unsicherheit bitte ggf. Ihren Kinderarzt fragen*
- ☐ stärkerer Infekt mit **Fieber** o.a. schwerere Erkrankung bis **1 WOCHE** vor der Provokation

⇒⇒⇒ **Sollte eine dieser Bedingungen eintreffen, müssen wir die Provokation verschieben!**

Bitte melden Sie sich in diesem Falle umgehend bei uns:

Tel. Station 30 (≥ 5 Jahre): 07721- 93 1300. **Station 31** (Kleinkinder): - 93 1310. **Sekretariat:** - 93 3201

Umgekehrt kann es vorkommen, dass wir unsererseits einen Termin verschieben müssen, was wir nach Möglichkeit vermeiden

Zum stationären Aufenthalt

GRUNDSÄTZLICHES

WICHTIGE, IM VORFELD ZUM BEDENKENDE ASPEKTE

- Die Testung erfolgt stationär, in der **Kinderklinik**, um auf allerg. Symptome rasch reagieren zu können
- Pro Testung benötigen wir **1,5 TAGE**, pro Aufenthalt führen wir max. **2 TESTE** durch
- Trotz standardisierter Protokolle unterscheidet sich die evtl. Durchführung je nach Klinik etwas. Wir versuchen, das Test- Nahrungsmittel wird (solange es von der Menge her geht) in einer anderen, immer vertragenen Speise „zu verstecken“, die sich Ihr Kind bei jeder Testmahlzeit (Test- Stufe) aussuchen darf. Medikamente testen wir meist „pur“, ohne diese „Verblindung“.
- Die Provokation dient **IHREN** und Ihrem Kind für mehr Sicherheit im Umgang mit der Allergie. Deshalb haben Sie bei allen Entscheidungen *inkl. der über einen vorzeitigen Abbruch* ein Mitspracherecht.
Bitte bedenken Sie aber die eingeschränkte Aussagekraft einer vorzeitig beendeten Untersuchung!
- Die Testung **funktioniert nur** mit Ihrer beider **MITARBEIT**. Bitte beachten Sie deshalb alle schriftlichen und mündlichen Hinweise und sprechen Sie uns bei Fragen jederzeit an!
- Bereiten Sie Ihr Kind in altersgerechter Weise auf die Testung vor, ohne ihm Angst zu machen
- Wir versuchen, den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten. Sie helfen dabei, wenn sie die positiven Aspekte hervorheben („habe ganz Zeit für dich“, „Spiele“, „Wahlessen“...)

VORBEREITUNG

WORAN IST ZU DENKEN?

Bitte bringen Sie neben Ihren persönlichen Dingen folgendes mit:

- ☐ **EINWEISUNGSSCHEIN** vom Kinder-/ Hausarzt aus dem laufenden Quartal
- ☐ **Chipkarte** der Krankenkasse/ ggf. der Zusatzversicherung
- ☐ **VOLLSTÄNDIGES NOTFALLSET**

- ☐ **ALLE allergologischen Befunde und Berichte**, die wir noch nicht kennen
+ den ausgefüllten **Fragebogen**, falls noch nicht geschickt/ unterschriebene **Einverständniserklärung**



- ☐ **ruhige Spiele, Bücher**, ggf. Schulaufgaben ☺ - nicht nur Tablet/ Smartphone
Nutzen Sie die Zeit als „Qualitätszeit“ mit dem Kind

- ☐ evtl. *je nach Absprache mit uns:*

- **Test- Nahrungsmittel** (z.B. FEIN GEMAHLENE, UN-/ GERÖSTETE NÜSSE, NUSS- MEHL/ NUSS-MUS...)
- **Speisen** mit **BEKANNTER MENGE** des Test-Nahrungsmittels (nötige Angaben: Gesamtgewicht der Speise / Menge des enthaltenen Nahrungsmittels / ggf. Gewicht einer Portion)
- **LIEBLINGSSPEISEN** ihres Kindes **OHNE** das Test- Nahrungsmittel, die **immer vertragen** werden zum „Verstecken“ des Nahrungsmittels (s.o.), z.B. spezielle Joghurts, Obst- o.a. Breie, **MÜSLI** (ideal für Nüsse)

AUFNAHME

WIE BEGINNT DER AUFNAHMETAG?

Am Morgen der stationären Aufnahme

- ☐ bitte nur ein leichtes, gut verträgliches Frühstück OHNE das Test- Nahrungsmittel geben

Anmeldung

- ☐ **08:00 Uhr in der Kinderambulanz im Erdgeschoss**. Nach der administrativen Aufnahme und ggf. Messung von Gewicht, Größe, Blutdruck werden Sie auf die Station 30 bzw. 31 geleitet.

Aufnahme auf der Station

- ☐ durch die **Pflege**
 - allgemeine Fragen, ggf. Messungen, die noch nicht erfolgt sind.
 - Übernahme der von Ihnen mitgebrachten Speisen
- ☐ durch den **Arzt**
 - körperliche Untersuchung, Gespräch mit Klärung offener Fragen
 - evtl. Legen eines intravenösen Zugangs für mögliche Medikamentengabe/n

PROVOKATION

WIE LÄUFT DIE EIGENTLICHE PROVOKATION AB?

- ☐ Vorbereitung von Überwachung, Notfallmedikamenten und Testmahlzeiten
- ☐ **Beginn** mit dem Test- Protokoll:
 1. evtl. Hauttest (Prick- Test)
 2. Schleimhauttest (Aufbringen einer geringen Menge an den Mundwinkel/ auf die Zunge)
 3. Testmahlzeiten mit ansteigender Menge des Nahrungsmittels im Abstand von mind. 30 Minuten
- ☐ **Ende:** - nach Gabe aller vorgesehenen Testmahlzeiten (Protokollende) *oder*
 - nach stärkerer allergischer Reaktion mit oder auch ohne Medikamentengabe *oder*
 - auf eigenen Wunsch - *bitte beachten Sie, dass ein frühzeitiger Abbruch die Aussagekraft der Testung reduziert*
- ☐ **Überwachung:** 30 (- 60) min nach der letzten Testmahlzeit; weitere Beobachtung über Nacht
- ☐ - bei problemlosem Verlauf des 1. Tages: **RE- PROVOKATION am nächsten Morgen:**
 - vor dem/ als Frühstück mit mind. der Menge des Nahrungsmittels, wie am Vortag zuletzt gegessen
 - Überwachung/ Beobachtung bis zum Mittag; *dann*
- ☐ Entlassung nach Hause *oder*:
- ☐ Beginn einer **2. Testung**, falls vorgesehen

Verhalten während der Provokation

DIE TESTUNG GELINGT NUR MIT IHRER UNTERSTÜTZUNG UND DER MITARBEIT IHRES KINDES!

- ☐ Bitte tragen Sie zu einer **POSITIVEN ATMOSPHERE** und zur **MOTIVATION** Ihres Kindes bei
 - Beschäftigung und Ablenkung durch gemeinsame **Spiele, Vor-/ Lesen** usw. mit „unauffälliger Beobachtung“ auf mögliche Reaktionen und Veränderungen (ohne ständiges Nachfragen)
 - Schon kleine Kinder spüren und übernehmen Sorgen und Ängstlichkeit von Erwachsenen. Sprechen Sie mit uns bei Unsicherheiten, Unklarheiten und Fragen!
 - Bei nachlassender Motivation gewähren wir z.B. eine längere Pause und nehmen gern Ihre Ideen auf
- ☐ Geben Sie **zwischen den Testmahlzeiten nichts zu essen**, bis die Provokation beendet ist!
Bei zu großem Hunger überlegen wir gemeinsam, was wir ggf. zusätzlich geben können.
- ☐ Nehmen Sie ihre Mahlzeiten dann ein, wenn auch Ihr Kind eine Testportion erhält
- ☐ Vermeiden Sie stärkere körperliche Anstrengungen Ihres Kindes während der Testung



❑ Melden Sie sich, wenn Sie den Verdacht auf eine beginnende allergische Reaktion haben!

- mögliche Symptome: *siehe S. 5* (= 1. Seite des Fragebogens). Auftreten: einzeln oder mehrere, gleichzeitig oder nacheinander, evtl. auch andere, als Sie sie von früheren Reaktionen kennen
- Gerade *unspezifische, subjektive Symptome* (Kopf-/ Bauchschmerzen, Schwindel, Übelkeit) können auch andere Ursachen haben, z.B. Aufregung, Angst, Erwartung bestimmter Symptome, Widerwillen gegen die Mahlzeiten, Sättigungsgefühl, ungewohnter Geschmack...
- Für die Abgrenzung zu echten allergischen Symptomen geben wir evtl. eine **PLACEBO- MAHLZEIT**, bei der *weder Sie noch das Kind* wissen, dass kein Allergen (Nahrungsmittel) darin enthalten ist.

- ❑ Die Sicherheit** für Sie ist umso höher, je größer die vertragene Menge des Nahrungsmittels. Damit die Testmahlzeiten nicht zu groß werden, verwenden wir zu deren Herstellung das Nahrungsmittel bevorzugt „pur“ bzw. in konzentrierter Form. Bitte beachten Sie dies, falls Sie eigene Produkte zum Testen mitbringen! (Z.B. muss man für 10 g Haselnuss 10-11 g Haselnussmus [98-100% Nuss], aber 77 g Nutella [13% Nuss] verzehren.)

- ❑ Während und bis 1 Stunde nach der Provokation** darf die Station nicht bzw. nur nach Absprache verlassen werden. Bitte melden Sie sich auch danach immer ab und entfernen Sie sich nicht zu lange von der Station (je nach Verlauf 30- 60 min), damit wir evtl. Spätreaktionen nicht übersehen.

Entlassung: gegen Mittag des 2. bzw. 3. Tages (je nachdem, ob 1 oder 2 Testungen erfolgten)

- evtl. Verlängerung um 1 Tag bei stärkeren oder möglichen **Spätreaktionen** z.B. bei Neurodermitis (oder Weiterbeobachtung zu Hause und Bericht an uns über den weiteren Verlauf)

ANHANG

WAS IST WAS?

Mögliche Symptome einer allergischen Reaktion mit Angabe der Häufigkeit (Päd. Allerg. 2019)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ❑ Haut (85-95%) | Quaddeln, Rötung, Schwellung, Juckreiz, Ekzemverschlechterung (Neurodermitis) |
| ❑ Verdauung (20-45%) | Juckreiz am Gaumen, Übelkeit, Erbrechen, Bauchkrämpfe, Durchfall |
| ❑ Atmung (10-40%): | Fließschnupfen + Augentränen, Schwellung → Einengung von Kehlkopf/ Luft-
röhre, Heiserkeit, Husten, Bronchienverengung (Obstruktion) |
| | sehr selten → Atemnot, Blaue Lippen (Zyanose) → Atemstillstand (äußerst selten) |
| ❑ Herz, Kreislauf
(5-15 %) | Schwindel, Blässe, Bewusstseinstörung. Blutdruckabfall, Herzrasen (Tachy-
kardie), Schock, Herz-Kreislauf-Stillstand |
| ⇒ Frühreaktion | innerhalb der ersten ½ - 2 Stunden: v.a. Haut, Atemwege, Verdauungstrakt |
| ⇒ Spätreaktion | nach 2- 48 Stunden: z. B. Ekzem-Verschlechterung bei Neurodermitis
→ ggf. längere Überwachung , wenn Spätreaktion erwartet (+ 1- 2 Tage) |

*Am Ende des Fragebogens finden Sie eine **Einverständniserklärung** mit den für die Provokation wesentlichen Punkten. Diese brauchen wir im Original unterschrieben zurück.*

Begriffserklärung

Allergen	Auslöser einer allergischen Reaktion
Allergie	Auslösen typischer Symptome durch Allergen-Kontakt
Desensibilisierung	(Hyposensibilisierung) allmähliche Gewöhnung des Körpers an das Allergen
IgE	spezielle Antikörper im Blut, die für eine klassische allergische Reaktion verantwortlich sind
Karenz	Meidung (hier: eines Nahrungs-/ Arzneimittels)
Kontraindikation	Dinge, die einer medizinischen Maßnahme entgegenstehen
Placebo	Schein-Medikament ohne Wirkstoff (hier: Testmahlzeit ohne das zu testende Nahrungsmittel)
Sensibilisierung	<i>Bereitschaft</i> , allergisch zu reagieren (Nachweis: Blut, Pricktest) - Laborwert allein ist noch keine Allergie!
Toleranz	Verträglichkeit eines Allergens (= Ziel z.B. einer Hyposensibilisierung)
Toleranzentwicklung	„Verlust“ der Allergie - durch Therapie (Hyposensibilisierung) oder „natürlichen Verlauf“ (Alter)
Überwachung	regelmäßige Beobachtung/ Messung von Atmung, Kreislauf, Allgemeinbefinden
Verblindung	Zubereitung, mit der die Person nicht weiß, was/ wieviel es bekommt. Bei Nahrungsmitteln: „Verstecken“ in einer anderen Speise („Basisbrei“) - bei den größeren Mengen meist nicht mehr gut möglich



Seite 5-14 bitte ausgefüllt an uns zurück

Allergie- Fragebogen

Bitte alle hellgrau unterlegten Felder sorgfältig und genau ausfüllen!

Name des Kindes		Vorname	
Geburtstag		Tel.-Nr.	
Adresse		Handy	
Kinderarzt/ Ort		ggf. Email	
DATUM			

I Fragen zur allergologischen Erkrankung

ALLERGIE - SYMPTOME

1. Welche der aufgeführten SYMPTOME traten bei Ihrem Kind schon einmal (vermutlich) im Zusammenhang mit einer ALLERGISCHE REAKTION auf (nicht bei anderen Ursachen, z.B. Infekt)?

* Gewichtszunahme: relevant v.a. bei Säuglingen/ Kleinkindern

☒ ORGAN	☒ SYMPTOME (Zutreffendes bitte ankreuzen)
☐ HAUT	☐ Neurodermitis-Ekzem: ☐ neu ☐ Verschlechterung ☐ Rötung ☐ Schwellungen ☐ einzelne Quaddeln ☐ Nesselsucht ☐ Lippenschwellung ☐ Juckreiz
☐ MAGEN-DARM- TRAKT	☐ Kratzen im Hals ☐ Rachenschwellung ☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Durchfall ☐ Verstopfung ☐ Blähungen ☐ Bauchschmerzen ☐ Bauchkrämpfe ☐ Mangelernährung ☐ Gewichtsverlust ☐ Gewichts- Konstanz*
☐ ATEMWEGE/ AUGEN	☐ Fließschnupfen ☐ verstopfte Nase ☐ gerötete Augen ☐ Husten ☐ Heiserkeit ☐ Brustschmerzen ☐ flache Atmung ☐ schnelle Atmung ☐ Luftnot ☐ blaue Lippen ☐ Atemstillstand <i>chron. allerg. Erkrankung:</i> ☐ häufig Schnupfen ☐ häufig Erkältungen
☐ HERZ/ KREISLAUF	☐ Blutdruckabfall ☐ Herzrasen ☐ Blässe ☐ Schwindel ☐ Kollaps ☐ Herzschmerzen ☐ Herzstillstand
☐ ANDERE	☐ Müdigkeit ☐ Abgeschlagenheit ☐ Lethargie/ Apathie ☐ Unruhe ☐ Ängstlichkeit ☐ Verhaltensänderung ☐ Kopfschmerzen/ Kopfdruck ☐ Zittern ☐ Irritabilität ☐ Bewusstlosigkeit

2. Beschreiben Sie hier bitte JEDE EINZELNE ALLERGISCHE REAKTION mit den jeweiligen Symptomen, dem vermuteten Auslöser (Nahrungsmittel oder andere Allergene) usw.!

1. EREIGNIS			
ZEITPUNKT:	Jahr: 20	Tag/ Monat:	(Uhrzeit)
SYMPTOME (Beispiele s. Tabelle oben)			
Mögliche/r Auslöser ¹⁾			
Bei Nahrungsmitteln: Zubereitung ²⁾			
Auftreten der Symptome: ca.	 Sekunden Minuten	oder Stunden	Nach Kontakt mit dem Auslöser/ nach dem Essen
Dauer der Symptome (für jedes Symptom extra)			
Behandlung <u>dieser</u> Reaktion (Medikamente)			
Konsequenzen (Meidung, Diagnostik, Notfall- Medikamente)			

¹⁾ AUSLÖSER (= Allergen): NAHRUNGSMITTEL (z.B. (Milch, Ei, Weizen, ...-nuss...); POLLEN, GRÄSER, TIERE, MEDIKAMENTE usw.

²⁾ ZUBEREITUNG: roh, gekocht, geröstet, gebraten, verbacken, gelagert, FERTIGPRODUKT/ BABYNAHRUNG



Wenn es mehrere allergische Reaktionen gab/ gibt:

2. EREIGNIS			
ZEITPUNKT:	Jahr: 20	Tag/ Monat:	(Uhrzeit)
SYMPTOME (Beispiele s. Tabelle oben)			
Mögliche/r Auslöser ¹⁾			
Bei Nahrungsmitteln: Zubereitung ²⁾			
Auftreten der Symptome: ca.	 Sekunden Minuten	oder Stunden	Nach Kontakt mit dem Auslöser/ nach dem Essen
Dauer der Symptome (für jedes Symptom extra)			
Behandlung <u>dieser</u> Reaktion (Medikamente)			
Konsequenzen (Meidung, Diagnostik, Notfall- Medikamente)			

3. EREIGNIS			
ZEITPUNKT:	Jahr: 20	Tag/ Monat:	(Uhrzeit)
SYMPTOME (Beispiele s. Tabelle oben)			
Mögliche/r Auslöser ¹⁾			
Bei Nahrungsmitteln: Zubereitung ²⁾			
Auftreten der Symptome: ca.	 Sekunden Minuten	oder Stunden	Nach Kontakt mit dem Auslöser/ nach dem Essen
Dauer der Symptome (für jedes Symptom extra)			
Behandlung <u>dieser</u> Reaktion (Medikamente)			
Konsequenzen (Meidung, Diagnostik, Notfall- Medikamente)			

4. EREIGNIS			
ZEITPUNKT:	Jahr: 20	Tag/ Monat:	(Uhrzeit)
SYMPTOME (Beispiele s. Tabelle oben)			
Mögliche/r Auslöser ¹⁾			
Bei Nahrungsmitteln: Zubereitung ²⁾			
Auftreten der Symptome: ca.	 Sekunden Minuten	oder Stunden	Nach Kontakt mit dem Auslöser/ nach dem Essen
Dauer der Symptome (für jedes Symptom extra)			
Behandlung <u>dieser</u> Reaktion (Medikamente)			
Konsequenzen (Meidung, Diagnostik, Notfall- Medikamente)			

- Bitte schreiben Sie dazu, wenn die Symptome nur unter bestimmten **BEDINGUNGEN**, z.B. bei **körperlicher Aktivität** oder bevorzugt zu einer bestimmten **Jahreszeit** auftreten/ auftraten!
- Bei länger dauernden Symptomen (wie z.B. bei Heuschnupfen, Asthma): s. folgende Seite

Für weitere allergische Ereignisse bitte gesondertes Blatt einfügen



Befunde, die wir noch nicht kennen, bitte beilegen/ mitbringen

3. Kreuzen Sie hier bitte noch einmal **ALLE NAHRUNGSMITTEL** an, die bei Ihrem Kind (evtl.) eine **ALLERGISCHE REAKTION** ausgelöst haben bzw. auf die Ihr Kind **UNTERSUCHT** wurde! (nicht: Fruktose-/ Laktoseintoleranz, Zöliakie!)

☒ bitte ankreuzen

NAHRUNGSMITTEL → „ ☒ “ ³⁾ Welche Fische, Nüsse, Früchte, Gewürze... genau?	Allergische Reaktion ¹⁾ → „ ☒ “			Untersuchung? Ergebnis? ²⁾ → „+“/ „Ø“ (s. Erklärung)		
	ja	nein	evtl.	Blut	Haut	kein Test
☐ Kuhmilch (+ Milchprodukte: Käse, Quark, Joghurt...)						
☐ Fisch (welcher?) ³⁾ :						
☐ Hühnerei ☐ roh ☐ Eiweiß ☐ Eigelb						
☐ gekocht ☐ Eiweiß ☐ Eigelb						
☐ Soja/ -Produkte						
☐ Erdnuss						
☐ Haselnuss						
☐ Walnuss						
☐ Andere Nüsse (welche?) ³⁾ :						
☐ Sonnenblumenkerne						
☐ Weizenmehl ☐ Dinkelmehl						
☐ Hülsenfrüchte (welche?) ³⁾ :						
☐ Äpfel (ggf. Sorte)						
☐ Zitrusfrüchte (welche?) ³⁾ :						
☐ andere Früchte (welche?) ³⁾ :						
☐ Fruchtsäfte (welche?) ³⁾ :						
☐ Gewürze (welcher?) ³⁾ :						
☐ farbige Süßigkeiten (welche?) ³⁾ :						
☐ Andere ³⁾ :						

¹⁾ Ankreuzen „☒“: „ja“/ „evtl.“ sichere/ wahrscheinliche allerg. Reaktion // „nein“, keine Symptome, aber Test durchgeführt

²⁾ „+“: Nachweis von Antikörpern im Blut/ Quaddel im Pricktest // „Ø“ negativ: keine Antikörper/ Quaddel

³⁾ Bitte genau die **ART/ SORTE** von Fisch, Nüssen, Früchten usw. angeben

4. Gibt es **UNTERSCHIEDE IN DER VERTRÄGLICHKEIT** je nach **ZUBEREITUNG*, LAGERUNG** oder **SORTE** ☐ Nein ☐ Ja:

NAHRUNGSMITTEL	Verarbeitung *	Art der Speise, ggf. Zutaten (Kuchen, Suppe, Brei, Gewürzmischung...)	vertragen	nicht vertragen
BEISPIEL: Milch	gekocht	in Milchspeisen/ Kuchen	x	
	frisch	als Kaba, Frischmilch		x

* Zubereitung: roh/ frisch/ ungeröstet ↔ verarbeitet: gekocht, gebraten, verbacken, geröstet, Zubereitung zusammen mit...
Bei Obst (z.B. Äpfel) kann auch die Sorte bzw. die Dauer der Lagerung eine Rolle spielen!



5. Bei **HÜHNEREI** o.a. Nahrungsmitteln, die aus **MEHREREN BESTANDTEILEN** bestehen:
Gibt es **UNTERSCHIEDE** in der Verträglichkeit der verschiedenen Anteile (Eiweiß/ Eigelb)?

NAHRUNGSMITTEL	vertragen	nicht vertragen
BEISPIEL: Hühnerei	z.B. Eigelb	z.B. Eiweiß

6. Welche der **UNTERSUCHUNGEN** von Punkt 3 wurden wann/ durch wen durchgeführt?

UNTERSUCHUNG	speziell	Wann	wo/ durch wen
☐ Allergie- Hauttest	☐ PRICK-Test		
☐ Blutuntersuchung	☐ IgE gesamt:		
Spezielle IgE ¹ :	☐ fx5 (Nahrungsmittel)		
	☐ Kuhmilch		
	☐ Hühnerei		
	☐ Haselnuss		
	☐ Erdnuss		
	☐ Weizen		
	☐		
	☐		
	☐		
	☐		
	☐		
☐ Pollen, Gräser, Tiere...	☐		

¹ Auch **Pollen, Gräser, Tierschuppen, Hausstaubmilbe, Insekten** usw.

7. Wurde schon eine **NAHRUNGSMITTELPROVOKATION** durchgeführt? ☐ Nein

☐ Ja: mit folgenden Nahrungsmitteln:	Wann	wo/ durch wen	Gab es dabei eine Reaktion?	
			Nein	Ja: bei folgender Menge:

8. Haben Sie noch **ERGÄNZUNGEN** zu den bisherigen Fragen?

9. Haben Sie schon einmal ein **NAHRUNGSMITTEL- SYMPTOM- TAGEBUCH** geführt?

☐ Nein ☐ Ja: von: bis: / seit:

9. a) Haben Sie dabei neue Entdeckungen gemacht? Wurden Ihre Vermutungen bestätigt?

☐ Neu:
☐ Bestätigt:



9. b) Haben Sie festgestellt, dass die Symptome **IN BESTIMMTEN SITUATIONEN** stärker sind?
(z.B. körperliche **Belastung**; **Infekte**, **Medikamente**; Stress, **Jahreszeiten**, andere Nahrungsmittel)

☐ Nein ☐ Ja:

10. Welche Nahrungsmittel werden seit wann gemieden (**ELIMINATIONSDIÄT**)?

Bitte auch Meidung aus anderen Gründen, z.B. vegetarische/ vegane Ernährung

☐ Nein

☐ Ja:

GEMIEDENENE/S Nahrungsmittel	ZEIT		SPUREN werden gemieden		Gründe für die Meidung/ Bemerkungen (z.B. vegetarische/ vegane Ernährung)
	seit	ggf. bis	ja	nein	
☐					
☐					
☐					
☐					
☐					
☐					
☐					
☐					
☐					
Es (wurde/) wird folgende SPEZIALNAHRUNG verwendet					
☐ ALFAMINO®	☐ NEOCATE®		☐ APTAMIL PEPTI®		
☐ PREGOMIN®	☐ PREGOMIN AS®		☐ NOVALAC ALLERNOVA®		
☐ SONSTIGE:	☐ ALFARE®		☐ ALTHÉRA®		

10. b) Wurde eine **ERNÄHRUNGSBERATUNG** durchgeführt?

☐ Nein

☐ Ja

wann/ wie oft:

wo/ durch wen:

Inhalt/e:

10. c) Würden Sie gern eine solche bekommen?

☐ Nein

☐ Ja

10. d) Welchen **ERFOLG** hat/te die **ELIMINATIONSDIÄT**?

• Allergische Reaktionen:

☐ Keine mehr

☐ weniger

☐ weniger starke Reaktionen

• Hautbild:

☐ insgesamt besser

☐ Kein Ekzem

☐ weniger starkes Ekzem

☐ Sonstige Veränderungen:

11. a) Zum „Verstecken“ der zu testenden Nahrungsmittel eignen sich besonders breiförmige Speisen oder Müsli*. Welche verträgt/ welche isst Ihr Kind **BESONDERS GERN**?

REGELMÄßIG VERZEHRTE/ VERTRÄGLICHE PRODUKTE	BESON- DERS GERN	REGELMÄßIG VERZEHRTE/ VERTRÄGLICHE PRODUKTE	BESON- DERS GERN
☐	☐		☐
☐	☐		☐
☐	☐		☐
☐	☐		☐

11. b) Gibt es EIN **BESTIMMTES PRODUKT** (z.B. Nutella), das wir hier konkret mit testen sollten?

ANMERKUNGEN:

⇒ **MÜSLI, SPEZIELLE PRODUKTE** ODER BEVORZUGTE SPEISEN NACH ABSPRACHE MIT UNS BITTE MITBRINGEN!



12. Wurde ein **ALLERGIEPASS** ausgestellt? ☐ Nein ☐ Ja:

Datum:

Eingetragene Allergien:

13.a) Haben sie **NOTFALL- MEDIKAMENTE** (ein **NOTFALL- SET**) zu Hause? ☐ Nein ☐ Ja

☒ bitte ankreuzen

WIR HABEN FOLGENDE MEDIKAMENTE FÜR DEN NOTFALL

ANTIHISTAMINIKUM	☐ Fenistil	☐ Aerius-Lösung	☐ Cetirizin	☐
CORTISON	☐ Rectodelt/ Klysmacort	☐ Celesteamin/ Celest(eat)one	☐ Prednisolon- Tbl./ Decortin	☐
ADRENALIN- PEN:	Name: ☐		Dosis: ☐ 150 µg ☐ 300 µg	
SONSTIGES	☐ Salbutamol-/ Broncho-Spray	☐	☐	☐
Ich wurde in die Medikamente eingewiesen		☐ Ja, durch:		☐ Nein
Ich bin mir noch unsicher bei:				

13.b) Welche **MEDIKAMENTE** hat Ihr Kind wegen einer **ALLERGISCHEN REAKTION** bisher schon erhalten (inkl. der unter Pkt. 2 bereits genannten):

MEDIKAMENT (Name)	(seit) wann	Wo (Krankenhaus, Praxis, zu Hause...)	Dosierung (so weit bekannt)	Wie oft insgesamt/ wie lange

14. Gibt es **WEITERE ALLERGIE**n, die nichts mit Nahrungsmitteln zu tun haben?

☐ Nein ☐ vermutlich ☐ Ja:

SENSIBILISIERUNG/ ALLERGIE gegen: ¹⁾ gegen welche Pollen, Gräser, Tiere, Medikamente... genau?	vermutet	Nachgewiesen: Durch welche Tests?	Allerg. Reaktion: WANN?
☐ Pollen (welche) ¹⁾ :			
☐ Gräser (welche) ¹⁾ :			
☐ Hausstaubmilbe			
☐ Schimmelpilze			
☐ Tierschuppen (welche) ¹⁾ :			
☐ Insekten (welche) ¹⁾ :			
☐ Medikamente (welche) ¹⁾ :			
☐ Pflaster			
☐ Weitere ¹⁾ :			

Befunde, die wir noch nicht kennen, bitte beilegen/ mitbringen

¹ bitte möglichst genau aufschreiben, gegen welche Gräser/ Pollen, Tierschuppen/ Insekten, Medikamente usw

15. a) Ist eine **FRUKTOSE-** oder **LAKTOSE- INTOLERANZ** bekannt oder vermutet?

Fruktose ☐ Nein ☐ Ja: ☐ nachgewiesen ☐ vermutet
Laktose ☐ Nein ☐ Ja: ☐ nachgewiesen ☐ vermutet

15. b) Gibt es (den Verdacht auf) eine **ZÖLIAKIE** (Gluten- Unverträglichkeit- nicht Weizenallergie!)?

☐ Nein ☐ Ja: ☐ nachgewiesen ☐ vermutet

Anmerkungen und Ergänzungen zu den bisherigen Fragen:



II Fragen zu sonstigen Erkrankungen

16. Hatte Ihr Kind schon eine sonstige schwerere **AKUTE ERKRANKUNG** oder einen **UNFALL**?

☐ Nein ☐ Ja

ERKRANKUNG/ UNFALL	wann	Behandlung/ Bemerkungen

17. a) Leidet Ihr Kind unter einer **CHRONISCHEN ERKRANKUNG**, z.B. **ASTHMA**, **NEURODERMITIS**, Rheuma, Diabetes, Neurologische, psychische o.a. Erkrankungen?

☐ Nein ☐ vielleicht ☐ Ja:

ERKRANKUNG	Seit wann	Behandlung/ Bemerkungen

17. b) Bekommt Ihr Kind dafür **DERZEIT REGELMÄßIG MEDIKAMENTE/ CREMES** (mit/ ohne Wirkstoff)?

☐ Nein ☐ Ja:

MEDIKAMENT/ CREME	seit wann	wieviel/ wie oft (Wirkung)

17. c) Welche **MEDIKAMENTE/ CREMES** wurden **FRÜHER** schon alles verwendet (jetzt nicht mehr)?

MEDIKAMENT/ CREME	wann etwa	MEDIKAMENT/ CREME	wann etwa

18. Hat Ihr Kind **IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN** ein Medikament erhalten (einmalig/ kurzzeitig)?

☐ Nein ☐ Ja:

MEDIKAMENT/ CREME	wann	wieviel/ wie oft

19. Welche **KINDERKRANKHEITEN** hat Ihr Kind bereits durchgemacht?

☐ Keuchhusten ☐ Mumps ☐ Masern ☐ Röteln
☐ Windpocken ☐ 3 Tage Fieber ☐ _____
☐ _____



20. Wurde Ihr Kind schon einmal **OPERIERT**?

☐ Nein ☐ Ja

OPERATION	Monat/ Jahr	wo/ durch wen
☐ Teil-/ Entfernung der Rachenmandeln		
☐ Operation der Nasenpolypen		
☐ weitere:		

21. Ist Ihr Kind **GEIMPFT** gegen (Zutreffendes bitte in der Spalte VOR der jeweiligen Impfung ankreuzen):

☒ bitte ankreuzen

☐	Diphtherie	☐	Masern	☐	Poliomyelitis	☐	Pneumokokken
☐	Tetanus	☐	Mumps	☐	FSME	☐	Meningokokken
☐	Pertussis ¹	☐	Röteln	☐		☐	
☐	RSV	☐	Hepatitis A	☐	Rotaviren	☐	Corona: ... Mal
☐	HiB ²	☐	Hepatitis B	☐	Varizellen ³	☐	Influenza ⁴

¹ Pertussis = Keuchhusten ² HiB = *Hämophilus influenzae B* ³ Varizellen = Windpocken ⁴ (echte) Grippe

22. a) Leidet jemand in der **FAMILIE/ VERWANDTSCHAFT** unter allergischen Erkrankungen?

☐ Nein ☐ Ja

☒ bitte ankreuzen

Krankheit/ ALLERGIE gegen (bitte genau:/ welche Pollen...)	Wer ²	ms ³	vs ⁴
☐ Asthma			
☐ Neurodermitis ☐ Kontaktekzem			
☐ Heuschnupfen			
Folgende ALLERGIEN liegen vor:			
☐ Pollen ¹ :			
☐ Gräser ¹ :			
☐ Hausstaubmilbe			
☐ Tierschuppen/ -haare ¹ :			
☐ Insekten ¹ :			
☐ Medikamente ¹ :			
☐ Nahrungsmittel ¹ :			
☐ Pflaster			
☐ Weitere ¹ :			

¹ bitte aufschreiben, **welche** Gräser/ Pollen, Tierhaare/ Insekten, Medikamente, Nahrungsmittel genau, soweit bekannt

22. b) Welche **SONSTIGEN** (chronischen/ schwerwiegenden) **ERKRANKUNGEN** gibt/ gab es in ihrer Familie/ Verwandtschaft? (z.B. Herz-, Lungen-, Nieren-, Skeletterkrankungen, Krebsleiden...)?

KRANKHEIT	Jahr	Wer ²	ms ³	vs ⁴

² immer **vom Kind aus** gesehen (also: Bruder/ Schwester, Eltern, Großeltern Tante/ Onkel, Cousin/ Cousine ...**des Kindes**)

² **ms**: aus der Familie der Kindsmutter

⁴ **vs**: aus der Familie des Kindsvaters



III Sonstige/ allgemeine Fragen

23. a) Gibt es Allergie- unabhängige **PROBLEME BEIM ESSEN/ TRINKEN**? ☐ Nein ☐ Ja:

☐ beim Essen:

☐ beim Trinken:

23. b) Wieviel trinkt Ihr Kind durchschnittlich pro Tag? Liter/ Tag

23. c) Gibt es Probleme bei **STUHLGANG** oder **WASSERLASSEN**? ☐ Nein ☐ Ja:

☐ beim Wasserlassen: selten/ oft, viel/ wenig Farbe/ Geruch, Schmerzen

☐ Beim Stuhlgang: selten - oft/ viel - wenig/ fest - flüssig/ Farbe/ Geruch/ Schmerzen

23. d) Wie oft hat Ihr Kind durchschnittlich **STUHLGANG** pro Tag oder Woche? x/ Tag / Woche

24. Bei Mädchen in der **PUBERTÄT**:

1. Monatsblutung	im Alter von	 Jahren
Periodenblutungen	Abstände: ca. alle:	 Wochen regelmäßig? ☐ Nein ☐ Ja
	Beschwerden:	☐ nein ☐ ja:
1. Tag der letzten Periode		nächste Periode: ca.
Frauenarzt- Besuch	wann:	wegen:
Pille:	☐ nein ☐ ja:	seit: wegen:
		Intimkontakt: ☐ Nein ☐ Ja

25. **BESUCHT IHR KIND:** ☐ nichts von allem

☐ Einen Kindergarten

☐ Eine Schule:

Klasse:

Schulart:

Leistungen: ☐ sehr gut ☐ gut ☐ mittel ☐ unbefriedigend ☐ eher schlecht

Betätigungen außerhalb der Schulzeit (z.B. Sport/ Musik):

26. Gibt es noch **GESCHWISTER**? ☐ Nein ☐ Ja:

☐ Bruder/ Brüder: (Anzahl)

Alter:

☐ Schwester/n: (Anzahl)

Alter:

27. Angaben zu den leiblichen **ELTERN**:

	Alter [Jahre]	Beruf	Herkunft (wenn nicht Deutschland)	seit wann in Deutschland?
Mutter				
Vater				
Sind Sie beide miteinander verwandt (z.B. Cousin/ Cousine)?				
Gibt es soziale Probleme (Todesfall, Trennung, Pflegefamilie...)				

28. Gibt es **HAUSTIERE**? ☐ Nein ☐ Ja:

29. **RAUCHT** jemand in der Familie? ☐ Nein ☐ Ja:

☐ Im Haus

☐ auf dem Balkon/ draußen

☐ im Auto

30. **WOHNEN SIE IN DER NÄHE VON**

☐ Wiesen/ Wäldern

☐ belebten Straßen



☑ bitte ankreuzen

Befunde, die wir noch nicht kennen, bitte beilegen/ mitbringen

Bei länger andauernden/ CHRONISCHEN, ALLERGISCH BEDINGTEN BESCHWERDEN

CHRONISCHE ALLERGISCHE ERKRANKUNG		☐ HEU-SCHNUPFEN	☐ HÄUFIGE BRONCHITIS	☐ ASTHMA	☐ NEURO-DERMITIS	☐ CHRON. URTIKARIA	☐ ANDERE:
DIAGNOSE	vermutet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	sicher	☐	☐	☐	☐	☐	☐
erstmalig festgestellt:	wann						
	wo/ durch wen						
SYMPTOME	WANN	erstmalig					
		überwiegend (Jahreszeit) ¹⁾					
		besonders stark (Umstände) ²⁾					
		WIE OFT oder ständig? ³⁾					
		WIE LANGE meist ³⁾					
	THERAPIE Tabletten, Tropfen, Spray, Creme...	bei DIAGNOSE (am Anfang)					
WAS SEITHER SCHON ALLES (jetzt nicht mehr)							
Therapie AKTUELL:	WAS AKTUELL	was					
		wann					
		wie oft					
		wann das letzte Mal					

Ergänzungen zu Punkt 2

Für weitere Angaben bitte ggf. gesondertes Blatt einfügen

¹⁾ Jahres-/ Zeit... ²⁾ Umstände, z.B. Sport/ Bewegung, Kälte, Wärme... ³⁾ wenn nicht permanent bestehend



Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei meinem Kind eine Nahrungsmittelprovokation durchgeführt wird.

Ich fühle mich über Hintergründe und Durchführung ausreichend informiert und hatte Gelegenheit, meine Fragen im Vorfeld zu klären.

- ☐ Mir ist bewusst, dass ich als Elternteil eine **wesentliche Verantwortung** für die optimale Durchführung der Testung trage und bin bereit, mich entsprechend einzusetzen und **den Bitten** von Schwestern und Ärzten **nachzukommen** (kein zusätzliches Essen zwischen den Testmahlzeiten, Kind ablenken/ beschäftigen, ermutigen, positiv beeinflussen).
- ☐ Ich weiß, dass es zu einer **allergischen Reaktion** kommen kann. Sollte deswegen die Gabe von antiallergisch wirkenden Medikamenten nötig sein, muss die **Provokation beendet** werden. Auch ohne Medikamente kann eine schwerere Reaktion zum Abbruch der Testung führen; lebensbedrohliche Situationen sollen nicht herbeigeführt werden! **Leichte Hautreaktionen sind im Allgemeinen KEIN Anlass für ein vorzeitiges Ende.**
- ☐ Ich wurde darüber aufgeklärt, dass bei nicht eindeutig allergischen Reaktionen evtl. eine Stufe wiederholt bzw. eine Placebo- Mahlzeit (ohne das zu testende Nahrungsmittel) dazwischen geschoben werden kann, ohne dass ich oder das Kind darüber informiert werden. Ich weiß, dass dies dazu dient, ein möglichst objektives Ergebnis zu erhalten.
- ☐ Ich habe das Recht, die **Provokation jederzeit zu beenden**. Mir ist klar, dass deren Aussagekraft dadurch sehr eingeschränkt wird und evtl. letzte Unsicherheiten über die Verträglichkeit des Nahrungsmittels nicht ausgeräumt werden können.
- ☐ Ich habe verstanden, dass mein Kind **bei negativem Ergebnis** (d.h. keine stärkeren Reaktionen bei den Testmahlzeiten) das/ die getestete/n **Nahrungsmittel zukünftig regelmäßig erhalten muss** (wenigstens alle 2-3 Tage), damit die Verträglichkeit (Toleranz) bestehen bleibt bzw. mit der Zeit noch stärker wird. Mir ist bewusst, dass es bei weiterer Karenz (d.h. Meiden des Nahrungsmittels) bei einem späteren Kontakt doch wieder zu einer allergischen Reaktion kommen kann

Bitte jeden einzelnen Punkt als ein-/ verstanden ankreuzen!

VS, den

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Arzt