

„ Anaphylaxie – aus Sicht des Patienten“

Fragebogen des Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V.

I. Persönliche Krankheitsgeschichte zur anaphylaktischen Reaktion

(bitte immer nur für eine Person ausfüllen!)

I.1.1. Bei wem ist/ sind die anaphylaktische/n Reaktion/en aufgetreten

Bei mir selbst Bei meinem Kind Bei sonstigen Verwandten _____

I.1.2. Wie oft ist eine anaphylaktische Reaktionen aufgetreten?

1x 2-5x > 5x

I.1.3. Wann war/ waren diese? (Monat/ Jahr)..... _____

I.1.4. An welchen Orten sind anaphylaktische Reaktionen aufgetreten?

(Mehrfachnennungen möglich)

Zu Hause Bei Freunden/Verwandten An öffentlichem Ort (Straße/ Kino)
 Im Urlaub Im Restaurant / Kantine Kita/ Schule/Arbeit
 In der Arztpraxis In der Klinik (ausgenommen: bei Provokationstestungen)
 Sonstiges _____

I.1.5. Bei anaphylaktischer Reaktionen auf LEBENSMITTEL:

1.1.5.1. Welche/s Produkt/e wurde verzehrt? (z.B. Keks, Schokolade, Suppe, Salatdressing)

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____

1.1.5.2. Es handelte sich um (bei mehreren Lebensmitteln bitte Zuordnung über 1, 2, 3 etc.)

selbst hergestelltes Essen
 lose Ware wenn ja, bitte 1.5.1.3. beantworten
 verpackte Ware wenn ja, bitte 1.5.1.4. beantworten

1.1.5.3. Wo wurde die lose Ware erworben (nur für lose Ware beantworten)

Restaurant/ Kantine Bäcker/ Konditor Metzger
 SB-Theke/ Supermarkt Buffet Sonstiges _____
 Info zu allergenen Zutaten war nicht vorhanden Info zu allergenen Zutaten war vorhanden

1.1.5.4. War der Auslöser auf der Verpackung gekennzeichnet

(nur für verpackte Ware beantworten)

Ja, im Zutatenverzeichnis Ja, in Form von „Kann Spuren von ...“ enthalten o.ä. Nein

Die folgenden Fragen bitte immer nur in Bezug auf den ERSTEN SCHWEREN FALL einer anaphylaktischen Reaktion beantworten !

I.2. Wo ist diese anaphylaktische Reaktion aufgetreten? (nur eine Antwort!)

- Zu Hause Bei Freunden/Verwandten An öffentlichem Ort (Straße/ Kino)
 Im Urlaub Im Restaurant / Kantine Kita/ Schule/Arbeit
 In der Arztpraxis In der Klinik (ausgenommen: bei Provokationstestungen)
 Sonstiges _____

I. 3. Wie hat sich die anaphylaktische Reaktion geäußert? Welche Symptome sind aufgetreten? (Mehrfachnennungen möglich)

- An der Haut: Juckreiz Rötung Flush/Hitzegefühl
 Nesselsucht / Urtikaria Quinke-Ödem / Gesichtsschwellung
 An Schleimhäuten: Kratzen, Kribbeln im Mund Schwellung des Rachens
 Am Magen- Übelkeit Bauchschmerzen Erbrechen
 Darmtrakt: heftige Bauchkrämpfe Durchfall
 An den Atemwegen: Kurzatmigkeit pfeifende Atmung Husten
 schwere Atemnot Atemstillstand
 Am Herz-Kreis- Schwindel Schüttelfrost Benommenheit
 laufsystem: Ohnmacht Kreislaufstillstand
 Sonstiges: Angst/Panik Kopfschmerzen _____

I.4. Traten begleitende Faktoren auf?

- Nein Ja Wenn Ja, welche:
 Körperliche Belastung Streß Alkoholgenuß
 Medikamenteneinnahme Menstruation Infekt
 Sonstiges _____

II. Akut-Therapie: Behandlung im Notfall

II.1. Durch wen wurde die anaphylaktische Reaktion behandelt ?

II.1.1. Nicht ärztliche Person (nur nicht ärztliche Personen, Behandlung durch den Arzt unter Frage II.1.2.)

- Nein Ja Wenn ja, wer?
 Selbst Eltern/ Begleitperson Lehrer/ Erzieher Rettungsassistent

II.1.1.1. Was wurde gemacht?

- Notfallmedikamente geben Notruf (112) Patient hinlegen
 Zum Arzt fahren Nichts Sonstiges _____

II. 1.1.2. Wenn Medikamente gegeben wurden, um welche handelte es sich?

- Adrenalin Autoinjektor (Fastjekt, Anapen) Adrenalin-Spray (Infectokrupp Inhal, Primatene)
 Antihistaminikum (z.B. Fenistil, Zyrtec, Ceterizin) Cortison (z.B. Rectodelt, Celestamine Decortin)
 Asthmaspray / β 2-Mimetikum (z.B. Salbutamol) Sonstiges _____

II.1.2. Behandlung des anaphylaktischen Notfalls durch einen Arzt/ Ärztin

- Nein Ja Wenn ja, wer?

(bei mehreren Personen bitte die Reihenfolge durch Nummern kenntlich machen, 1.2.3. etc.)

- Hausarzt Notarzt Facharzt / Allergologe
 Klinik - stationär Klinik – intensiv Klinik -ambulant
 Kinderarzt Sonstiges _____

II.1.2.1. Was wurde gemacht?

- Flache Lagerung venöser Zugang gelegt Sauerstoff gegeben/ beatmet

II.1.2.2. Welche Medikamente wurden gegeben?

- Flüssigkeitsinfusion Antihistaminikum Cortison
 Adrenalin intramuskulär Adrenalin intravenös Adrenalin inhalativ
 Asthmaspray/ β 2-Mimetikum Theophyllin Weiß nicht
 Keine Medikamente Sonstiges _____

II.2. Wie lange waren Sie/ ihr Kind danach unter ärztlicher Beobachtung?

- 1 Std. 2-5 Std. mehr als 6 Std. mehr als 1 Tag garnicht

II.3. Auf einer Skala von 1 – 6 Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung im Akutfall?

1= sehr zufrieden 6 = ganz unzufrieden

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

III. Diagnose

III.1. Kennen Sie den Auslöser?

- Ja, kenne ich Ich habe eine Vermutung Nein, keine Ahnung
 Diagnose läuft noch Sonstiges _____

III.2.1. Welches ist der Auslöser der anaphylaktischen Reaktion? (nur eine Antwort !):

Lebensmittel: welches?

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nüsse | <input type="checkbox"/> Erdnüsse | <input type="checkbox"/> Fisch / Krebstiere | <input type="checkbox"/> Milch |
| <input type="checkbox"/> Zusatzstoffe | <input type="checkbox"/> Hühnerei | <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> Sellerie |
| <input type="checkbox"/> Weizen | <input type="checkbox"/> Senf | <input type="checkbox"/> Soja | <input type="checkbox"/> Sesam |
| <input type="checkbox"/> Lupinen | <input type="checkbox"/> Muscheln | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

Medikamente: welche?

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kontrastmittel | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Medikam. | <input type="checkbox"/> Antibiotikum |
| <input type="checkbox"/> Impfstoff, welcher _____ | | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

Insektengift, welche? Bienen Wespen Hornisse

Hyposensibilisierung, welche? Spritzen Tropfen

Naturlatex

III.2.2. Gibt es weitere Auslöser von anaphylaktischen Reaktionen

Ja Nein

Wenn Ja, welche _____

III.3. Wer hat den Auslöser diagnostiziert? (bei Mehrfachnennungen die Reihenfolge bitte anhand von Zahlen (1./ 2./ 3. ...) kenntlich machen)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Selbst/Eltern | <input type="checkbox"/> Allergologe/ niedergelassen, Fachrichtung* _____ | |
| <input type="checkbox"/> Notarzt | <input type="checkbox"/> Allergologe/ Klinik, Fachrichtung* _____ | |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Kinderarzt | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

* (z.B. Internist, Haut-, Lungen, HNO-Arzt etc.)

III.4. War die Allergie auf den Auslöser bereits vor der anaphylaktischen Reaktion bekannt/ diagnostiziert ?

Ja Nein

III.5. Wie wurde der Auslöser der anaphylaktischen Reaktion diagnostiziert?:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Persönliche Anamnese/ Krankheitsgeschichte/-verlauf | <input type="checkbox"/> Hauttest |
| <input type="checkbox"/> Bluttest/spezifisches IgE | <input type="checkbox"/> (orale) Provokation |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

III.6. Wieviel lange hat es vom Auftreten der anaphylaktischen Reaktion bis zur endgültigen Diagnose gedauert?

1-3 Monate 4-12 Monate Mehr als 1 Jahr

III.7. Auf einer Skala von 1 – 6 Wie zufrieden sind Sie mit dem Verlauf der Diagnose?

1= sehr zufrieden 6 = ganz unzufrieden

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

IV. Weitere Therapie: Präventionmaßnahmen

IV.1. Sind Sie nach der Akutbehandlung zum Facharzt/ Allergologen verwiesen worden?

- Ja, zum niedergelassenen Allergologen
- Ja, in eine Spezialklinik, welche _____
- Nein, es erfolge kein Hinweis
- Nein, die Diagnose war schon bekannt
- Habe auf eigene Initiative den Allergologen aufgesucht niedergel. Klinik
- Sonstiges _____

IV.2. Erhielten Sie Hinweise zur Vermeidung weiterer anaphylaktischer Reaktionen?

- Ja nein weiß nicht

IV.3. Wenn ja, welche Empfehlungen erhielten Sie?

Bitte Antworten entsprechend dem Auslöser auswählen

Für Lebensmittelallergiker

- Detaillierte Empfehlung zum Vermeiden des Lebensmittels, Lesen von Zutatenverzeichnissen, ggf. Information über Ersatzprodukte
- Überweisung an eine spezialisierte Ernährungsfachkraft zwecks Allergieberatung

Für Insektengiftallergiker

- Hinweise zur Hyposensibilisierung/ Spezifischen Immuntherapie
- Tipps zum Vermeiden von Insektenstichen

Für Medikamentenallergiker

- Hinweise zur Vermeidung des auslösenden Wirkstoffs in Medikamenten
- Nennung von Alternativ-Medikamenten

Für Latexallergiker

- Tipps zur Vermeidung latexhaltiger Produkte

IV. 4. Nur für Insektengiftallergiker: Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeführt?

- Ja Nein

IV. 5. Haben Sie/ Ihr Kind ein so genanntes Notfallset erhalten?

- Ja Nein ⇒ weiter mit Frage IV.6.

IV.5.1. Wenn ja: Welche Medikamente sind im Notfallset enthalten?

- Adrenalin Autoinjektor, welcher _____
- Antihistaminikum , welches _____
- Cortison, welches _____
- Asthmaspray/ β_2 Mimetikum , welches _____
- Adrenalin inhalativ, welches _____
- weiß nicht Sonstiges _____

IV.5.2. Wo bewahren Sie den Autoinjektor auf?

IV.5.3. Bitte teilen Sie uns das Haltbarkeitsdatum des Adrenalin-Autoinjektors mit

- Haltbar bis _____ Haltbarkeitsdatum überschritten weiß nicht

IV. 5.4. Wurden Sie im Umgang mit dem Notfallset geschult?

- Ja, es wurde erklärt
 Ja, die Anwendung wurde gezeigt/ demonstriert, wenn ja: vor Ort im Film
 Ja, die Anwendung wurde mit dem Trainings-Pen geübt
 Nein

IV. 5.5 Wenn Sie eine Schulung erhalten haben, von wem sind Sie geschult worden?

- Notarzt Hausarzt/Kinderarzt niedergelassener Allergologe
 Klinikarzt Krankenschwester Apotheker
 Freunde / Familie DAAB Ernährungsberater
 Selbst recherchiert (Wo) _____ sonstiges _____

IV.5.6. Haben Sie folgende Hilfsmittel erhalten bzw. wurden darauf aufmerksam gemacht

- Schulungs-CD Ja Nein
 - Autoinjektor für Trainingszwecke ohne Nadel und Medikament Ja Nein
 - Internetschulung mit Erinnerungsservice zur Haltbarkeit Ja Nein
 - Anaphylaxie-Pass Ja Nein
 - Anaphylaxie-Notfallplan Ja Nein

IV.5.7. Auf einer Skala von 1–6 wie zufrieden sind Sie mit der Aufklärung zur

Handhabung des Notfallsets?

1= sehr zufrieden

6 = ganz unzufrieden

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

IV.5.8. Hat ein Arzt Verhaltensweisen für den Fall einer erneuten Anaphylaxie, einen individuellen Notfallplan (Anaphylaxie Aktions-Plan) mit Ihnen besprochen?

- Ja Nein

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Wenn ja gab es darin Hinweise auf | Ja | Nein |
| Symptome der Anaphylaxie erkennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Notfallset immer griffbereit mit sich führen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reihenfolge/ Anwendungszeitpunkt der Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Notruf: 112/ Notarzt anfordern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Individuellen Medikationsplan/ Notfallplan immer mit sich führen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. 6. Haben Sie/ Ihr Kind einen Allergiepass/ Anaphylaxie-Notfallpass erhalten?

- Ja Nein Wenn ja - von wem? _____

IV. 7. Tragen Sie / Ihr Kind eine Notfallplakette / -Armband/ SOS Kapsel?

- Ja Nein Sonstiges _____

IV.8. Auf einer Skala von 1–6 wie zufrieden sind Sie mit der Aufklärung zu Maßnahmen, die helfen sollen eine erneute anaphylaktische Reaktion zu vermeiden?

1= sehr zufrieden 6 = ganz unzufrieden

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

IV.9. Haben Sie/ Ihr Kind den Adrenalin-Autoinjektor schon einmal benutzt

- Ja, einmal Ja, mehrmals Nein

- wenn nein, warum nicht? Weil es nicht notwendig war
- Weil ich mir über den Einsatzzeitpunkt nicht sicher war
- Weil ich Angst hatte etwas falsch zu machen
- Sonstiges _____

IV.10. Haben Sie/ Ihr Kind einen zweiten Adrenalin-Autoinjektor zur Verfügung?

- Nein Ja, verschrieben bekommen Ja, selbst bezahlt (Privatrezept)

V. Alltag heute

V.1. Wie leben Sie heute mit der Anaphylaxie? (Skala)

1. Fühle mich eher verunsichert bis 6. Empfinde keine Unsicherheit

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

V.2. Haben Sie Angst vor dem nächsten Schock?

1. Ja, ich habe Angst bis 6. Nein, habe keine Angst

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

V.3. Fühlen Sie sich in Ihrer Lebensqualität eingeschränkt?

1. Ja, sehr bis 6. Nein, gar nicht

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

V.4. Ist eine Vermeidung des Auslösers für Sie möglich?

- Ja Nein weiß nicht

V.5. Welche Maßnahmen zur Vermeidung einer erneuten anaphylaktischen Reaktion führen Sie durch:

- Notfallset immer mit sich führen Ja Nein
- Verhalten im Notfall regelmäßig üben Ja Nein
- Eine allergenfreie Kost einhalten Ja Nein

Sonstige Maßnahmen: _____

V.6. Weitere Kommentare, Wünsche, Anmerkungen zum Thema Anaphylaxie,

(z.B. wo herrscht der größte Aufklärungsbedarf, für welchen Punkt sollte der DAAB als Patientenvertreter sich einsetzen?)

VI. Allgemeines

(bezogen auf die Person, die die anaphylaktische Reaktion hatte)

VI. 1. Geschlecht

männlich weiblich

VI. 2. Alter: _____ Jahre Geburtsdatum: _____ Monat _____ Jahr

Für Kinder bitte weiter mit Frage VI.6.

VI.3. Familienstand (optional)

Ledig verheiratet verwitwet geschieden
 Leben Kinder im Haushalt? Wie viele? _____

VI.4. Schulabschluss (optional)

ohne Hauptschule Realschule Abitur
 Studium Sonstiges _____

VI. 5. Beruf

Beamter Selbständig Angestellter Arbeiter
 Imker Koch Bäcker Frisör
 medizinisches Personal Sonstiges _____

VI. 6. Risikofaktoren

Herz-/Kreislaufkrankungen Körperliche./psych. Belastungen
 Einnahme blutdrucksenkender Medikamente (Betablocker, Augentropfen, ACE-Hemmer)
 Mastozytose Asthma
 andere Allergien, auf _____
 Sonstiges _____

VI. 7. Familiäre Allergiehäufigkeit: Allergie, Asthma, Neurodermitis ist auch bekannt bei

Eltern, Geschwistern anderen Verwandten nicht vorhanden

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen an folgende

Adresse: **Deutscher Allergie- & Asthmabund e.V.**

Fliethstr. 114

41061 Mönchengladbach

oder

Per Fax: **021 61 – 81 49 430**