

Nähere Angaben zu meinem Kind

zur Vorlage beim Kinderarzt

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Bisherige Ernährung meines Kindes

Stillen: ja nein

Wenn ja, bis wann? _____

Ich stille noch immer: ja nein

Ich füttere zu: ja nein

Wenn ja, mit welcher Milchnahrung? _____

Mein Baby bekommt Beikost seit: _____

Welche Beikost?

Allergierisiko bei meinem Kind

Leidet einer in der Familie unter einer Nahrungsmittelallergie?

Mutter: ja nein Kuhmilchallergie: ja nein

Vater: ja nein Kuhmilchallergie: ja nein

Geschwister 1: ja nein Kuhmilchallergie: ja nein

Geschwister 2: ja nein Kuhmilchallergie: ja nein

Geschwister 3: ja nein Kuhmilchallergie: ja nein

Geschwister 4: ja nein Kuhmilchallergie: ja nein

Leidet einer in der Familie unter einer Allergie (Heuschnupfen, Hausstaubmilbe, etc.)?

Mutter: ja nein

Vater: ja nein

Geschwister 1: ja nein

Geschwister 2: ja nein

Geschwister 3: ja nein

Geschwister 4: ja nein

Laktoseintoleranz

Leidet einer in der Familie unter einer Laktoseintoleranz (Milchzuckerunverträglichkeit)?

Mutter: ja ___ nein ___

Vater: ja ___ nein ___

Geschwister 1: ja ___ nein ___

Geschwister 2: ja ___ nein ___

Geschwister 3: ja ___ nein ___

Geschwister 4: ja ___ nein ___

Wann traten die ersten Symptome auf, die den Verdacht auf eine Kuhmilchallergie auslösten?

Traten diese nach einer Nahrungsumstellung auf? ja ___ nein ___

Treten die Symptome direkt nach der Nahrungsaufnahme auf? ja ___ nein ___

Folgende Symptome konnte ich beobachten: (bitte ankreuzen)

Hautausschlag, atopische Dermatitis

Quaddeln, Juckreiz

Gesichtsschwellungen

lang andauernder Durchfall

Koliken

Starkes Spucken

Verstopfung

Blut im Stuhl

Starke Unruhe

Starkes Schwitzen

Kreislaufreaktionen

Sonstige: _____

Ich vermute, dass die folgenden Lebensmittel bei meinem Kind eine Unverträglichkeit auslösen:
