

**EGEN VÅRDBEGÄRAN TILL BARNALLERGIMOTTAGNINGEN**

*Egen vårdbegäran blir bedömd av barnöverläkare och kan resultera i besök till läkare eller sjuksköterska på barn och ungdomskliniken, telefonsamtal eller hänvisning till annan vårdinstans.*

Namn ..... Förälders namn.....  
Personnummer..... Tfn arbete .....  
Adress ..... Mobiltelefon.....  
Tfn bostad.....

Vilka är barnets besvär?

**Näsa/Ögon**

- rinnande snuva  
 nästäppa  
 nysningar  
 svullnad/klåda i ögonen  
 försämrat luktsinne  
 .....

**Luftrör**

- andningsbesvär  
 under natten  
 hosta utan slem  
 pipande/väs andning  
 tungt att andas  
 .....

**Huden**

- klåda  
 eksem  
 nässelutslag  
 andra utslag  
 svullnader  
 .....

**Rökning i hemmet**

- Ja  
 Nej

Hur många år har du haft besvär från näsa eller ögon?.....Luftrör?.....Huden?.....

Vid luftrörsbesvär ange hur ofta de uppträder:

- dagligen  
 periodvis  
 enstaka gånger

Vilka månader är dina besvär sämre?  januari  februari  mars  april  maj  juni  juli  
 augusti  september  oktober  november  december

Har du djur hemma?

Ja

Nej

Om ja, vilka?.....

Misstänker du födoämne?

Ja

Nej

Om ja, vilka?.....

Vilka besvär är svårast?

.....

Ange här eventuella andra besvär du har av allergisk typ:

.....

Ange nuvarande medicinering:

.....

Ort och datum

Namn-teckning

.....

**Skickas till: Barnallergimottagningen, Centralsjukhuset, 291 85 KRISTIANSTAD**