



Fragebogen bei Atembeschwerden

Sehr geehrte Eltern!

Um das Gespräch mit uns zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig (**vier Seiten**) auszufüllen. Alle Angaben sind dabei natürlich freiwillig. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name des Kindes: _____ Tagesdatum: _____

Wer füllt den Fragebogen aus? _____ Telefon: _____

Handy: _____

Welche/r **Ärztin/Arzt** hat Sie überwiesen bzw. wer ist Ihre kinder- und jugendärztliche Praxis? (wichtig für die Zusendung des Arztbriefes)

Wegen welcher **Beschwerden** Ihres Kindes sind Sie zu uns gekommen?

Seit wann hat Ihr Kind diese Beschwerden?

Welche speziellen **Fragen** haben Sie an uns?

Wie häufig bestehen die Beschwerden?

- täglich bzw. fast an jedem Tag
- etwa _____ mal wöchentlich
- etwa alle zwei Wochen für _____ Tage
- etwa einmal monatlich für _____ Tage
- etwa alle _____ Monate für _____ Tage
- seltener, und zwar: _____

Wann hatte Ihr Kind diese Beschwerden **zum letzten Mal**?

Raum für ärztliche Ergänzungen

Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?

Allergietest nein

Falls ja, wann? _____

Es war keine Allergie nachweisbar.

Es besteht eine Allergie gegenüber:

Pollen Hausstaubmilben

Tieren Schimmelpilzen

Nahrungsmitteln, und zwar: _____

Röntgenaufnahme der Lunge _____ nein

Falls ja, wann? _____

Der Befund war unauffällig

Es bestand eine Lungenentzündung/Bronchitis

Es zeigte sich folgender Befund: _____

Lungenfunktionsprüfung nein

Falls ja, wann? _____

Der Befund war unauffällig

Es bestand eine eingeschränkte Lungenfunktion

Bisherige Therapie der Beschwerden

Welche Medikamente erhält Ihr Kind **zur Zeit**?

Hat Ihr Kind schon einmal mit Kortisonpräparaten inhaliert? nein

ja, und zwar mit _____

War schon einmal die Gabe von Kortison als Zäpfchen, Saft, Tabletten nötig?

ja nein

Hausstaubmilbensanierung der Wohnung

milbendichte Matratzenbezüge

Teppichböden entfernt

andere Maßnahmen

Hyposensibilisierung (von - bis? wogegen?)

Reha-Aufenthalte, Kuren (wann und wo?)

Andere Maßnahmen

Auslöser: Treten die Beschwerden Ihres Kindes unter bestimmten Umständen verstärkt auf?

- morgens abends nachts nur am Tage
 Frühjahr Sommer Herbst Winter
 bei feuchtem Klima bei kaltem Wetter
 besonders in den Monaten: _____
 während/nach körperlicher Belastung/Sport
 bei Erkältungen
 bei Aufregung/beim Streiten/beim Lachen
 bei Kontakt zu Hausstaub
 bei Tierkontakten und zwar: _____
nach Genuss dieser Nahrungsmittel: _____

andere Auslöser: _____

Haben Sie Haustiere? nein
 ja, und zwar: _____

Hat Ihr Kind regelmäßigen Kontakt zu weiteren **Tieren?** nein
 ja, zu folgenden Tieren: _____

Wird innerhalb der Wohnung **geraucht?** nein
 ja, und zwar: _____ Zigaretten täglich

Ist es durch die Beschwerden Ihres Kindes zu einer **Störung der Nachtruhe** gekommen? nein
 ja, und zwar: _____ mal in den letzten 6 Monaten

Konnte Ihr Kind wegen der Beschwerden häufiger **den Kindergarten bzw. die Schule** nicht besuchen? nein
 ja, und zwar: _____ mal in den letzten 6 Monaten

War Ihr Kind schon einmal **im Krankenhaus? Warum? Wann?** nein
 ja, und zwar: _____

Leidet Ihr Kind an **chronischen Krankheiten? Welche?** nein
 ja, und zwar: _____

Gab es während der Geburt oder in den ersten Tagen danach Besonderheiten oder **Komplikationen?** nein
 ja, und zwar: _____

Bestehen weitere Beschwerden an den **Atemwegen?** nein

- häufig obstruktive (spastische) Bronchitis
- häufig Pseudokrapp-Anfälle
- häufig Reizhusten, Heiserkeit oder ständiges Räuspern
- pfeifendes Atemgeräuch
- Luftnot

Bestehen weitere Beschwerden an **Ohren/Nase/Augen?** nein

- häufig Mittelohrentzündung
- häufige Niesattacken ständiger Fließschnupfen
- häufig verstopfte Nase nächtliches Schnarchen
- juckende tränende gerötete geschwollene Augen
- HNO-ärztliche Untersuchung/Operation (Wann?)

Bestehen oder bestanden früher **Hautbeschwerden?** nein

- häufiger Juckreiz
- Ekzeme (Neurodermitis)
- Nesselausschlag

Bestehen Beschwerden nach dem Genuss bestimmter **Nahrungsmittel?**
Falls ja, nach welchen? nein

- Ausschlag um den Mund herum
- Lippenschwellung
- Juckreiz am Gaumen
- Heiserkeit, Husten oder Luftnot

Bestehen **Magen-Darm-Beschwerden?** nein

- schlechtes Gedeihen
- chronische Durchfälle
- wiederholtes Erbrechen
- häufiges Aufstoßen, säuerlicher Mundgeruch

Gibt es allergische Erkrankungen in der Familie? nein

	Mutter	Vater	Geschwisterkind	andere
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergischer Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausstaubmilbenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!