

Fragebogen für Patienten mit Atemwegsbeschwerden

Sehr geehrte Eltern,

um die Beschwerden Ihres Kindes umfassend schildern zu können und das Gespräch mit dem Arzt zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Name des Kindes:

Tagesdatum:

Wer füllt den Fragebogen aus?

Telefon:

Handy:

Welche Ärztin, welcher Arzt hat Sie überwiesen, bzw. wer ist Ihr Kinder- und Jugendarzt, bzw. Hausarzt? (wichtig für die Zusendung des Arztbriefes)

.....
.....
.....

Raum für ärztliche Ergänzungen

Wegen welcher **Beschwerden** kommen Sie?

.....
.....
.....

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

.....
.....
.....

Wie häufig treten diese Beschwerden auf?

- täglich bzw. fast an jedem Tag etwa _____ Mal wöchentlich
 etwa alle 2 Wochen für _____ Tage etwa einmal monatlich für _____ Tage
 seltener, und zwar

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

.....



Kennen Sie **Umstände**, die die **Symptomatik hervorrufen**? nein

- morgens abends nachts nur am Tag
 Frühjahr Sommer Herbst Winter

Besonders in den Monaten:

- bei Erkältungen kalte Luft feuchte Luft körperl. Betätigung/Sport
 bei Aufregung beim Lachen beim Eisessen Kontakt zu Hausstaub
 Kontakt zu Tabakrauch Tierkontakt, und zwar:

Nach Genuss dieser Nahrungsmittel:

.....

Andere Auslöser:

Welche **Therapie** bekommt Ihr Kind aktuell? Hat diese die Beschwerden gebessert?

.....

.....

Welche weitere **Therapie** ist bisher schon versucht und wieder beendet worden?

.....

.....

War schon einmal die Gabe von Kortison-Zäpfchen bzw. Saft/Tabl. erforderlich?

- ja nein

Haben Sie ein Gerät zur Feuchtinhalation (z.B. Pariboy®)?

- ja nein

Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeführt? nein

Ja, wogegen? Von wann bis wann?

Wurde eine **Hausstaubmilbensanierung** veranlasst? nein

- Ja, mit: Matratzenbezug Wohnraumsanierung (Teppichboden, etc)
 andere Maßnahmen

Gab es **Reha**-Aufenthalte? nein

Ja, wann und wo?

Alternative Heilmethoden (z.B. Homöopathie, Bioresonanz, etc.)? nein

Ja, was?

Welche **Untersuchungen** wurden bisher durchgeführt?

Allergietest? Bluttest Hauttest Keiner von Beiden

Wenn ja, wann?

Ergebnis: keine Allergie

Allergie gegen:



Röntgen der Lunge? bisher nicht

Wenn ja, wann und von wem?

Ergebnis: unauffällig
 Bronchitis bzw. Lungenentzündung
 es zeigte sich:

Lungenfunktionsuntersuchung bisher nicht

Wenn ja, wann und von wem?

Ergebnis: unauffällig
 eingeschränkte Lungenfunktion

Haben Sie **Haustiere**? nein

Ja, und zwar:

Hat Ihr Kind regelmäßig **Kontakt zu Tieren**? nein

Ja, und zwar:

Wird innerhalb oder außerhalb der Wohnräume **geraucht**? nein

Ja, und zwar Zigaretten täglich

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**? nein

Ja, wo/wann?

Leidet Ihr Kind an **chronischen Krankheiten**? nein

Ja, und zwar:

Ist Ihr Kind früher als errechnet **zur Welt gekommen**? nein

Ja, und zwar:

Gab es in den ersten Lebenstagen **Komplikationen**? nein

Ja, und zwar:

Bestehen andere **Atemwegsbeschwerden**? nein

wiederholt Bronchitis Krupp-Anfälle Heiserkeit, Reizhusten, Räuspern
 pfeifende Atemgeräusche Luftnot

Bestehen Beschwerden mit **Ohren / Nase / Augen**? nein

häufig Mittelohrentzündung Niesattacken, Fließschnupfen
 häufig verstopfte Nase nächtl. Schnarchen
 juckende, gerötete Augen HNO-Untersuchung/OP

Bestehen oder bestanden früher **Hautbeschwerden**? nein

häufiger Juckreiz Ekzeme, Neurodermitis Nesselsuchtausschlag

Raum für ärztliche Ergänzungen



Bestehen Beschwerden im **Mundbereich** nach Genuss bestimmter **Nahrungsmittel**? nein

- Ausschlag um den Mund Lippenschwellung
 Juckreiz am Gaumen/im Rachen Heiserkeit, Husten, Luftnot

Bestehen Beschwerden am **Magen** oder **Darm**? nein

- schlechtes Gedeihen chronische Durchfälle
 wiederholtes Erbrechen häufiges Aufstoßen, säuerl. Mundgeruch

Gibt es **allergische Erkrankungen** in der **Familie**? nein

	Mutter	Vater	Geschwister	andere
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<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"/>

Welche bisher nicht erfragten Themen sehen Sie im Zusammenhang mit den Beschwerden Ihres Kindes als wichtig an?

-
-
-
-

Welche **Fragen** haben Sie?

-
-
-
-
-

Raum für ärztliche Ergänzungen

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

