

# Fragebogen für Patienten mit Atemwegsbeschwerden

Sehr geehrte Eltern,

Um das Gespräch mit dem Arzt zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Alle Angaben sind dabei freiwillig. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Wer füllt den Fragebogen aus? \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Welche/r **Ärztin/Arzt** hat Sie überwiesen bzw. wer ist Ihr Kinder- und Jugendarzt/Hausarzt?

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

Seit **wann** hat Ihr Kind diese Beschwerden?

**Wie häufig** bestehen diese 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**?

Welche **Untersuchungen** wurden durchgeführt? (Zutreffende bitte Ankreuzen und ausfüllen)

- Röntgenaufnahme der Lunge**      Datum: \_\_\_\_\_       Befund war unauffällig  
 es bestand eine Lungenentzündung/Bronchitis  
 anderer Befund: \_\_\_\_\_
- Lungenfunktionsprüfung**      Datum: \_\_\_\_\_       Befund war unauffällig  
 es bestand eine eingeschränkte Lungenfunktion
- Allergietest**      Datum: \_\_\_\_\_       keine Allergie nachweisbar  
 es besteht eine Allergie gegenüber  
 Pollen       Hausstaubmilben  
 Tieren       Schimmelpilzen  
 Nahrungsmitteln, und zwar

## Therapie der Beschwerden

Welche Medikamente erhält Ihr Kind wegen der Atembeschwerden zurzeit?

Hat Ihr Kind jemals mit Kortisonpräparaten inhaliert?       ja       nein

War schon einmal die Gabe von Kortison-Zäpfchen oder -Tabletten nötig?       ja       nein

Haben Sie ein Gerät zur Feuchtinhalation (z.B. PARI®)?       ja       nein

**Hausstaubmilbensanierung der Wohnung**

milbendichte Matratzenbezüge       Teppichböden entfernt       weiteres: \_\_\_\_\_

**Hyposensibilisierung** (von-bis? wogegen?)

**Reha-Aufenthalte, Kuren** (Wann?)

**Andere Maßnahmen** (z.B. Ernährungsumstellung, Homöopathie, Bioresonanz, Eigenblut etc.?)

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

- morgens       abends       nachts       nur am Tage  
 Frühjahr       Sommer       Herbst       Winter

besonders in den Monaten: \_\_\_\_\_

bei feuchter Klimaanlage       bei kalter Klimaanlage

- während/nach körperlicher Belastung/Sport       bei Kontakt zu Tabakrauch  
 bei Aufregung/beim Streiten/beim Lachen       bei Kontakt zu Hausstaub  
 bei Tierkontakten: \_\_\_\_\_  
 nach Genuss dieser Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_  
 andere Auslöser: \_\_\_\_\_

- Ich habe oder hatte **Haustiere**, und zwar: \_\_\_\_\_  
 Mein Kind hat woanders zu **Tieren Kontakt**, und zwar: \_\_\_\_\_  
 Es wird in meiner Wohnung **geraucht**, und zwar \_\_\_\_\_ Zigaretten täglich  
 Durch die Beschwerden meines Kindes ist es zur **Störung der Nachtruhe** gekommen, und zwar \_\_\_\_\_ Mal in den letzten 6 Monaten  
 Mein Kind konnte wegen der Beschwerden häufiger den **Kindergarten bzw. die Schule** nicht besuchen und zwar \_\_\_\_\_ Mal in den letzten 6 Monaten  
 Mein Kind war schon im **Krankenhaus**, und zwar am \_\_\_\_\_, weil \_\_\_\_\_  
 Mein Kind leidet an **chronischen Krankheiten**, und zwar: \_\_\_\_\_  
 Es gab während der Geburt oder in den ersten Tagen danach Besonderheiten oder **Komplikationen**, und zwar: \_\_\_\_\_

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

- häufig obstruktive (spastische Bronchitis)       häufig Pseudokrapp-Anfälle  
 häufig Reizhusten, Heiserkeit oder ständiges Räuspern       pfeifendes Atemgeräusch (z.B. bei körperlicher Belastung)  
 Luftnot (z.B. bei körperlicher Belastung)

Bestehen weitere Beschwerden an **Ohren/Nasen/Augen**?  Nein

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

Bestehen oder bestanden früher **Hautbeschwerden**?  Nein

- häufiger Juckreiz       Nesselausschlag  
 Ekzeme, Neurodermitis

Bestehen Beschwerden im **Mundbereich** nach dem Genuss bestimmter **Nahrungsmittel**?  Nein

Falls ja, nach welchen?

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

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

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

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

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