



Drs. med. Weis & Maschke; Europaplatz 6; 53721 Siegburg

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Dr. med. Michael Weis
pädiatrische Pneumologie, Allergologie
Dr. med. Cornelia Maschke
Neonatologie, Notfallmedizin
Europaplatz 6 · 53721 Siegburg
Telefon 02241 3977990
Telefax 02241 39779918

Betrifft:

Name: Vorname:.....

geb.: ; wohnhaft:

Siegburg, den

Fragebogen für Patienten mit Atemwegsbeschwerden

Sehr geehrte Eltern!

Um das Gespräch mit dem Arzt erleichtern, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen bzw. zutreffendes anzukreuzen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wer füllt den Fragebogen aus? Mutter , Vater ,

Patient:

Name: weiblich männlich
Vorname: Kindergarten:
Geburtsdatum: Schule:
Straße: Muttersprache:
Postleitzahl:Wohnort: Deutschkenntnisse: keine
Telefon: etwas
E-Mail: gut

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

.....

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

.....

.....

.....

Eigenanamnese:

Wie alt war Ihr Kind, als die Diagnose "Asthma" gestellt wurde? **Jahre**

Wie alt war Ihr Kind, als die "Asthma- Symptome" anfangen? **Jahre**

Welche **Symptome spürt / zeigt Ihr Kind auf?**

Leicht	Stärker	Asthmaanfall
<input type="checkbox"/> häufiges bis ständiges Husten oder Hüsteln	<input type="checkbox"/> pfeifendes Atemgeräusch	<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit
<input type="checkbox"/> Häufiges Räuspern	<input type="checkbox"/> rasche Ermüdbarkeit bei körperlicher Anstrengung	<input type="checkbox"/> heftige Hustenanfälle
<input type="checkbox"/> keuchende Atmung	<input type="checkbox"/> Engegefühl in der Brust	<input type="checkbox"/> Atemnot

Wie häufig bestehen diese Beschwerden?

- Täglich bzw. fast an jedem Tag
- etwa mal wöchentlich
- etwa einmal monatlich für Tage
- etwa alle Monate für Tage
- seltener, und zwar.....

Wann hatte Ihr Kind diese Beschwerden zum letzten Mal?

Bitte schätzen Sie getrennt voneinander den **derzeitigen Schweregrad des Asthmas** Ihres Kindes ein (Bitte zutreffendes auf der Skala ankreuzen)

	leicht		<==>						schwer	
Kind	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mutter	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vater	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Auslöser: In welchen Situationen / Zeiten sind die Asthmasymptome besonders ausgeprägt?

- tags nachts
- ganzjährig Frühjahr Sommer Herbst Winter
- besonders in den Monaten:.....
- besonders beim Flug folgender Pollen:
- im Freien zu Hause an folgenden Orten:.....
- bei Tierkontakten und zwar:
- bei Infekten
- während/nach körperlicher Belastung/Sport
- bei seelischer Belastung / Aufregung / beim Streiten
- beim Lachen
- bei Kontakt zu Tabakrauch
- bei Kontakt zu Hausstaub (Kissenschlacht, Übernachtung in einem alten Federbett, Hausputz, beim Staubsaugen)
- nach Genuss folgender Nahrungsmittel:
- bei folgenden anderen Auslöser:

Ist es durch die Beschwerden Ihres Kindes häufiger **zu Störungen der Nachtruhe gekommen?**

- Nein ja, und zwar:_____ mal in den letzten sechs Monaten

Kommt ihr Kind wegen der Beschwerden häufiger den **Kindergarten/Schule nicht besuchen?**

- Nein ja, und zwar:_____ mal in den letzten sechs Monaten

Wie oft kam es zu einer **stationären Notfallbehandlung** in den letzten zwölf Monaten? ____ mal.

Wie oft kam es zu einer **ambulanten Notfallbehandlung** in den letzten zwölf Monaten? ____mal.

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

häufig obstruktive/spastische Bronchitis

häufig Pseudokrupp-Anfälle

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

häufig Mittelohrentzündung

häufige Niesattacken oder ständiger Fließschnupfen

Kind atmet im Schlaf durch den Mund Nase

mit Schnarch Geräuschen mit Atempausen bei normaler Schlafdauer unausgeruht

juckende/tränende/geschwollene Augen

HNO-ärztliche Untersuchung/Operation (wann/ welche?)

Mandel- Tonsillen-OP Polypen/ Adenoide Paukenröhrchen andere:

.....

Bestehen oder bestanden früher **Hautbeschwerden?** Nein

häufiger Juckreiz Ekzeme, Neurodermitis Nesselausschlag/Urtikaria

Bestehen **Beschwerden nach Genuss bestimmter Nahrungsmittel?**

Nein

JA welche?.....

Welche Beschwerden?:

Übelkeit

Ausschlag um den Mund herum

Bauchschmerzen

Lippenschwellung

Erbrechen

Juckreiz am Gaumen

Nesselsuchtausschlag

Heiserkeit, Husten

Kreislaufschwäche

Atemnot

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

schlechtes Gedeihen chronische Durchfälle wiederholtes Erbrechen

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

Sind **Ergebnisse eines Allergietestes** bekannt? (Gegebenenfalls bitte Testbögen in Kopie als Anlage an uns)

nein

ja von wann?

welches Testverfahren? Haut-Pricktest Blut-Rast / spezifisches IgE

andere:.....

allergische Sensibilisierungen gegen:

	Reaktion an →	Augen	Nase	Bronchien	Haut
Hausstaubmilben		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierhaare		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Röntgenaufnahme der Lunge nein ja, wann/wo?

Der Befund war unauffällig.

Es bestand eine Lungenentzündung/Bronchitis.

Es zeigte sich folgender Befund:

Lungenfunktionsprüfung nein ja, wann/wo?

Der Befund war unauffällig.

Es bestand eine eingeschränkte Lungenfunktion.

Schweißtest / Pilocarpinontophorese: Nein Ja, wann / Wo?:

Ergebnis:.....

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zurzeit?

Keine medikamentöse Therapie folgende

Name & Applikationsform	Stärke	Frequenz	Täglich	Bei Bedarf	Seit wann	Mit Inhalierhilfe
Beispiel 1 Flutide DA	125	1-0-1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.2014	<input checked="" type="checkbox"/>
Beispiel 2 Salbulair Autohaler			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	10.2013	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Hat das Kind einen **Pari-boy**? Ja Nein

Benutzt es den Pari-boy? Ja Nein

Hat das Kind eine **Inhalierhilfe**? Ja Nein

Welche?: Aerochamber Vortex andere-welche?.....

Hat Ihr Kind ein **Peak Flow Meter**? Ja Nein kenne ich nicht

Wenn ja, benützt es ihn regelmäßig? Ja Nein

Ist der Familie ein **schriftlicher Therapieplan** bekannt? Ja Nein

Wurden weitere Maßnahmen ergriffen?

Hyposensibilisierungen? nein

Ja gegen: seit:

Reha-Kuren? (Wann/wo?)

Andere Maßnahmen?:

Ernährungsumstellung, Homöopathie, Bio Resonanz,

Eigenblut, Akupunktur, Osteopathie andere

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

Nein Ja, und zwar:

Gab es **Probleme bei der Geburt** Ihres Kindes? Wenn ja welche:

Nein Ja und zwar:

War Ihr Kind nach der **Geburt beatmet?**

Nein Ja, und zwar:

War Ihr Kind ein **Frühgeborenes /hatte es andere angeborene Probleme?**

Nein Ja und zwar:

Familienanamnese:

	Geburtsdatum	Beruf/derzeitige Tätigkeit	Familienstand
Mutter			
Vater			

Eltern getrennt lebend? Ja Nein

Das Kind lebt bei: den Eltern Vater Mutter
 nicht bei den Eltern, sondern

Sorgerecht/Vormundschaft bei: Eltern Mutter Vater

Geschwister	Vorname	Alter	Schule / Klasse / Beruf
1. Geschwister			
2. Geschwister			
3. Geschwister			
weitere?			

Wie viele Personen gehören derzeit zu Ihrem Haushalt?

Gibt es in Ihrer Familie Personen mit einer der folgenden Erkrankungen?

– bitte ankreuzen

	Mutter	Vater	Geschwister	<input type="checkbox"/> Onkel/ <input type="checkbox"/> Tante väterlicherseits	<input type="checkbox"/> Onkel/ <input type="checkbox"/> Tante mütterlicherseits	<input type="checkbox"/> Oma/ <input type="checkbox"/> Opa väterlicherseits	<input type="checkbox"/> Oma/ <input type="checkbox"/> Opa mütterlicherseits
Asthma							
Allergischer Schnupfen							
Andere Lungenerkrankungen							
Neurodermitis							
Kontaktallergie							
Milbenallergie							
Pollenallergie							
Tierhaarallergien							
Nahrungsmittel-Allergien							

Umgebungsanamnese:

Wird in Ihrer Familie geraucht? Nein ja, und zwar:

Wird in Ihrer Wohnung geraucht? Nein ja, und zwar:

(z. B. auch von Gästen?)

Haben Sie jetzt **Haustiere**? Nein ja, und zwar:

Hatten Sie früher **Haustiere**? Nein ja, und zwar:

Hat Ihr Kind woanders zu **Tieren Kontakt**? Nein ja, und zwar:

Haben Sie in Ihrer Wohnung bereits eine Hausstaubmilbensenkung durchgeführt?

milbendichte Matratzenbezüge - in allen Betten, in denen das Kind regelmäßig schläft

nur feucht wischbare Böden, Teppichböden gegebenenfalls entfernt

andere Maßnahmen:

Sozialanamnese:

Welche **Schule / Kindergarten** besucht Ihr Kind?

..... Klasse:

Gibt es **Probleme im Kindergarten / Schule**?

.....

Gibt es belastende **Probleme in der Familie**? Nein ja, und zwar:

Macht Ihr Kind Sport?

Sportart	Stunden/Woche	In fester Gruppe/ Verein	Probleme?

		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ja	
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ja	
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ja	
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ja	

Nimmt Ihr Kind Medikamente vor dem Sport? Nein ja

Kann Ihr Kind wegen seinem Asthma eine bestimmte Sportart nicht machen? Nein ja

Glauben Sie, dass sich das Asthma Ihres Kindes auf seine schulischen Leistungen auswirken? Nein ja

Wie viele Schulfehltage hatte ihr Kind im letzten Schuljahr wegen des Asthmas?

Wie lange pro Tag ist Ihr Kind im Durchschnitt körperlich aktiv?

- bis 1 Stunde
- 1 – 3 Stunden
- mehr als 3 Stunden

Wie viel Zeit pro Tag verbringt Ihr Kind im Durchschnitt vor PC/TV/Spielekonsolen?

- bis 1 Stunde
- 1 – 3 Stunden
- mehr als 3 Stunden

Welche Hobbys hat Ihr Kind sonst noch?

Welche Schwierigkeiten und Probleme möchten Sie während des Asthmakurses gelöst haben?

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an den Kurs?

Name des Patienten:.....

Geburtsdatum des Patienten:

Wir bitten um Ihr Vertrauen!

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die Anmeldung des Kindes nach Information und mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgt und entbinden unser Praxisteam von seiner Schweigepflicht gegenüber anderen Ärzten, Krankenhäusern, Kindergärten, Schulen und Beratungsstellen und erklären sich damit einverstanden, dass wir, falls erforderlich Befunde oder Berichte einholen können.

Datum Unterschrift

Bitte bringen Sie zu Ihrem vereinbarten Untersuchungstermin den ausgefüllten Fragenbogen, das gelbe Vorsorgeheft und den Impfpass Ihres Kindes mit!

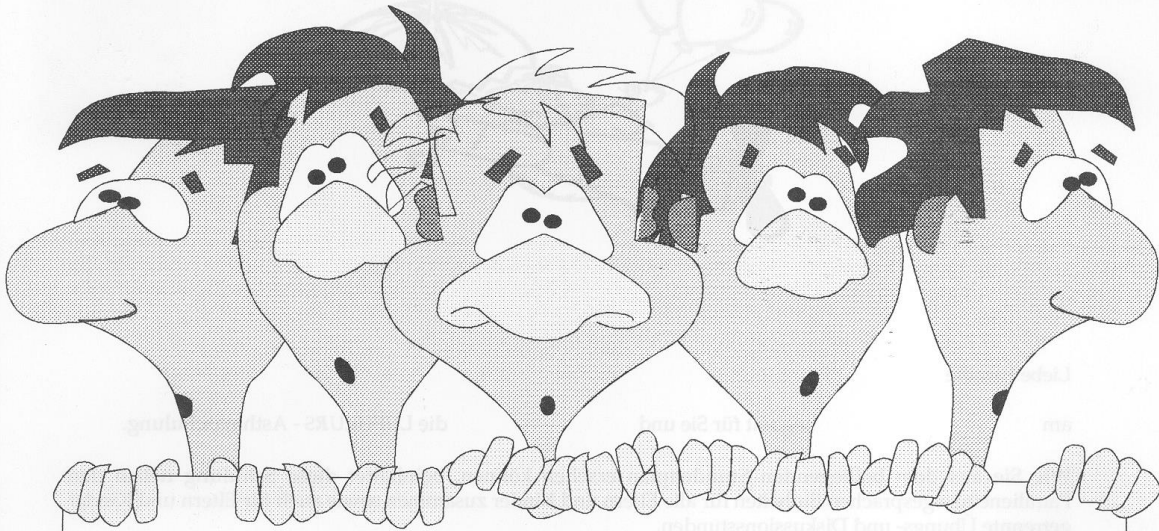
Bitte beachten Sie, dass während der Schulung keine Möglichkeit der Geschwisterbetreuung besteht!

Bitte bringen Sie alle Medikamente und Inhalierhilfen und Peak Flow Meter mit, soweit dies schon vorhanden ist.

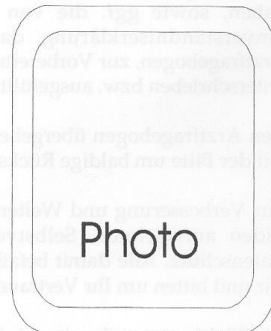
Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe!

Dr. med. Michael Weis & Dr. med. Cornelia Maschke

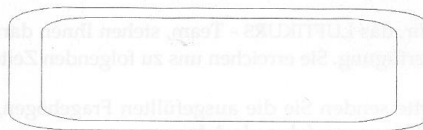
STECKBRIEF



Name:
Alter:
Größe:
Gewicht:
Augenfarbe:
Haarfarbe:



Hobby:
Lieblingstier:
Lieblingessen:
Lieblingssport:
Lieblingsstar:



Fingerabdrücke

Was ich toll finde:

Was ich doof finde: