

## Fragebogen für Patienten mit Allergien +/-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  \_\_\_\_\_

### Stammdaten Patient:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Familienanamnese:

Name	Geburtsdatum	Beruf/derzeitige Tätigkeit	Familienstand
Mutter			
Vater			
1. Geschwister			
2. Geschwister			
3. Geschwister			
4. weitere?			

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

Sorgerecht/Vormundschaft bei:  Eltern gemeinsam  Mutter  Vater

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

– bitte ankreuzen

	Mutter	Vater	Ge- schwister	<input type="checkbox"/> Onkel/ <input type="checkbox"/> Tante väterlicher seits	<input type="checkbox"/> Onkel <input type="checkbox"/> Tante mütterlicher seits	<input type="checkbox"/> Oma <input type="checkbox"/> Opa väterlicher seits	<input type="checkbox"/> Oma <input type="checkbox"/> Opa mütterlicher seits
Asthma							
Allergischer Schnupfen							
Andere Lungenerkrankungen							
Neurodermitis							
Kontaktallergie							
Milbenallergie							
Pollenallergie							
Tierhaarallergien							
Nahrungsmittelallergien							

## Umgebungsanamnese:

**Hausstaubmilbensanierung** der Wohnung?  Nein  Ja

milbendichter Matratzenbezug im Bett des Kindes -  in allen Betten in denen das Kind regelmäßig schläft

nur feucht wischbare Böden,  Teppichböden gegebenenfalls entfernen

andere Maßnahmen: \_\_\_\_\_

Haben Sie jetzt (oder hatten Sie früher) **Haustiere**?  Nein

ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Welche Symptome treten auf? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind woanders zu **Tieren Kontakt**?  Nein

ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Welche Symptome treten auf? \_\_\_\_\_

Welches Familienmitglied raucht wie viel Zigaretten/ Nikotin täglich? \_\_\_\_\_

## Sozialanamnese:

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

Klasse: \_\_\_\_\_

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

ja \_\_\_\_\_

Gibt es **Probleme in der Familie**?  nein

ja \_\_\_\_\_

Macht Ihr Kind Sport?  nein  regelmäßig  unregelmäßig

Welche Sportarten betreibt Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Welche Hobbys hat Ihr Kind sonst noch? \_\_\_\_\_

## **Vorgeschichte /Eigenanamnese:**

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

ja, und zwar: \_\_\_\_\_

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

ja, \_\_\_Tage  mit Komplikationen (Pneumothorax/ Lungenriss, BPD):

Welche: \_\_\_\_\_

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

ja, geboren in der \_\_\_ Schwangerschaftswoche,

ohne Komplikationen

mit Komplikationen

Leidet Ihr Kind an **chronischen Krankheiten / Verhaltensauffälligkeiten außerhalb des Vorstellungsgrundes**?  Nein

ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Tic-Störung

AD(H)S

Lernstörungen

Verhaltensauffälligkeiten

## **Krankengeschichte:**

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

(Diagnose/Verdachtsdiagnose des überweisenden Arztes)

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

(Vorstellungsgrund aus Sicht der Eltern)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Welche **Symptome weist Ihr Kind häufig / deutlich öfter wie Gleichaltrige auf?**

- häufiges bis ständiges Husten oder Hüsteln
- häufig Reizhusten, Heiserkeit oder ständiges Räuspern
- heftige Hustenanfälle
- pfeifendes Atemgeräusch
- rascher ermüdbar bei körperlicher Anstrengung im Vergleich zu Gleichaltrigen
- keuchende Atmung/ Atemnot
- Hustet, schwitzt mehr als früher wenn es sich anstrengt / rennt
- Luftnot, z.B. bei körperlicher Belastung

Wurden **folgende Diagnosen** bereits wiederholt gestellt?

- Asthma bronchiale                      wann? \_\_\_\_\_
- häufig obstruktive/spastische Bronchitis    wann? \_\_\_\_\_
- häufig Pseudokrapp-Anfälle                      wann? \_\_\_\_\_
- Hyperventilation                                      wann? \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**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?

\_\_\_\_\_

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

- Nein
- ja, und zwar in Nächten \_\_\_\_ (Anzahl angeben) in den letzten sechs Monaten.

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

- Nein
- ja, und an Tagen \_\_\_\_ (Anzahl angeben) 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.

**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: \_\_\_\_\_
- besonders beim Flug folgender Pollen/ in den Monaten: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- während/nach körperlicher Belastung/Sport  regelmäßig Sport
- Sportart: \_\_\_\_\_
- bei Kontakt zu Tabakrauch – wer raucht? \_\_\_\_\_
- bei Aufregung/beim Streiten/beim Lachen
- bei Kontakt zu Hausstaub (Kissenschlacht, Übernachtung in einem alten Federbett, Hausputz, beim Staubsaugen)
- bei Tierkontakten und zwar in welcher Situation: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- nach Genuss folgender Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- beifolgenden anderen Auslöser: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- Bestehen weitere **Beschwerden an Ohren/Nase/Augen**?  Nein  Ja
- Schnupfen – ungewöhnlich lang anhaltende oder nicht im Rahmen von Infekten-  
vornehmlich in welchen Monaten? \_\_\_\_\_
  - 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: \_\_\_\_\_

Seit wann: \_\_\_\_\_

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

- Frühjahr  Sommer  Herbst  Winter
- besonders beim Flug folgender Pollen/ in den Monaten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- bei Kontakt zu Tabakrauch – wer raucht? \_\_\_\_\_

- bei Kontakt zu Hausstaub (Kissenschlacht, Übernachtung in einem alten  
Federbett, Hausputz, beim Staubsaugen)

- bei Tierkontakten und zwar in welcher Situation: \_\_\_\_\_

- nach Genuss folgender Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- beifolgenden anderen Auslöser: \_\_\_\_\_

Bestehen oder bestanden früher **Hautbeschwerden**?  Nein

- häufiger Juckreiz  Ekzeme, Neurodermitis  Nesselausschlag/Urtekaria

Seit wann: \_\_\_\_\_

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

- Frühjahr  Sommer  Herbst  Winter

- bei Kontakt zu Hausstaub (Kissenschlacht, Übernachtung in einem alten  
Federbett, Hausputz, beim Staubsaugen)

- bei Tierkontakten und zwar in welcher Situation: \_\_\_\_\_

- nach Genuss folgender Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- beifolgenden anderen Auslöser: \_\_\_\_\_

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

Ja

Falls ja, nach welchen? \_\_\_\_\_

Ausschlag um den Mund herum

Lippenschwellung

Juckreiz am Gaumen

Heiserkeit, Husten oder Atemnot

Seit wann? \_\_\_\_\_

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

Ja

schlechtes Gedeihen

chronische Durchfälle

wiederholtes Erbrechen

Seit wann? \_\_\_\_\_

**Auslöser:** treten die Beschwerden Ihres Kindes unter bestimmten Umständen verstärkt auf?  Nein  Ja

nach Genuss folgender Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

beifolgenden anderen Auslöser: \_\_\_\_\_

Welche **Untersuchungen** wurden durchgeführt?

**Röntgenaufnahme der Lunge**  nein

ja, wann/wo? \_\_\_\_\_

Der Befund war  unauffällig  Lungenentzündung/Bronchitis.

Es zeigte sich folgender Befund: \_\_\_\_\_

**Lungenfunktionsprüfung**  nein

ja, wann/wo? \_\_\_\_\_

Der Befund war  unauffällig  Es bestand eine eingeschränkte Lungenfunktion.

**Allergietest**  nein

Ja

Hauttest

Bluttest

wann/wo? \_\_\_\_\_

Es war keine Sensibilisierung nachweisbar

Es besteht eine Sensibilisierung gegenüber:

Pollen,  Hausstaubmilben,  Tierhaare,  Schimmelpilzen,

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Nahrungsmitteln, und zwar: \_\_\_\_\_



**Therapie der Beschwerden:**

Hat Ihr Kind jemals mit Cortisonpräparaten inhaliert?  Ja  Nein

War schon einmal die Gabe von Cortisonzäpfchen oder-Tabletten nötig?

(z.B. Rectodelt, Infectocortikrupp, Decortin, Predni-)  Ja  Nein

Haben Sie einen Feucht –Inhalator (z. B. Pari-boy®)?  Ja  Nein

Benutzt Ihr Kind den Pari-boy effektiv?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind eine Inhalierhilfe?  Ja  Nein

Welche?

Aerochamber  Vortex  Babyhaler  andere? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? Bitte tragen Sie die Medikamente Ihres Kindes mit Dosierung in die unten aufgeführte Tabelle ein.

Pos.	Name	Stärke	Häufigkeit der Einnahme	Seit wann?	Applikationsform	Mit Inhalierhilfe?
Bsp.	Miflonide	400	1-0-1	März 2007	Pulver	keine

**Hyposensibilisierungen?** (Von-bis? Wogegen)?  nein

Ja: \_\_\_\_\_

**Reha-Kuren?** (Wann/wo?) \_\_\_\_\_  nein

Ja: \_\_\_\_\_

**Andere Maßnahmen**  Nein

Ernährungsumstellung,  Homöopathie  Bio Resonanz  Eigenblut,

Akupunktur,  Osteopathie  andere \_\_\_\_\_

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, was nicht abgefragt wurde?:

Vor- und Nachname des Patienten: .....

Geburtsdatum des Patienten: .....

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 und erklären sich damit einverstanden, dass wir, falls erforderlich Befunde oder Berichte von vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern, Kindergärten, Schulen und Beratungsstellen einholen können.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die ausgehängten Informationen zur DSGVO lesen konnte.

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

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe!

Dr. med. Michael Weis

Psychosozialer Fragebogen				
Name des Kindes:	Geb-- Datum:	Asthma seit:	Datum heute:	Ausgefüllt von
				<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere
<p><b>1. Inwieweit belastet die Krankheit unmittelbar das Leben Ihres Kindes?</b> z.B. Husten; Regelmäßige Medikamenteneinnahme; Atemnot; Nebenwirkungen der Medikamente; eingeschränkte Belastbarkeit; häufige Infektionen; Asthmaanfälle; häufige Arztbesuche; Krankenhausaufenthalte.</p> <p style="text-align: right;">bei Bedarf bitte die Rückseite benutzen!</p>				
<p><b>2. Wie belastet die Krankheit das alltägliche Familienleben?</b> z.B. Einschränkungen im Alltag; Sport; Arzttermine; Krankenhausaufenthalte; Geschwisterprobleme; krankes Kind steht immer im Mittelpunkt.</p> <p style="text-align: right;">bei Bedarf bitte die Rückseite benutzen!</p>				
<p><b>3. Welche Belastungen ergeben sich für die schulische Situation Ihres Kindes?</b> z.B. Fehlzeiten; Verschlechterung der Leistungen; Unverständnis/negative Reaktionen bei Lehrern und Mitschülern.</p> <p style="text-align: right;">bei Bedarf bitte die Rückseite benutzen!</p>				
<p><b>4. Inwieweit belastet die Krankheit den Kontakt zu Gleichaltrigen?</b> z.B. eingeschränkte Kontakte; Unsicherheit im Umgang mit der Krankheit/ mit Einschränkungen; Kind schämt sich; Kind zieht sich zurück.</p> <p style="text-align: right;">bei Bedarf bitte die Rückseite benutzen!</p>				

**5. Belastet die Krankheit die Eltern?** z.B. Ängste der Eltern (Verslechterung/Anfälle); Unsicherheit bei der Erziehung; ‚Spagat‘ zwischen krankem Kind und dem Rest der Familie; Krankheit nicht akzeptieren können; Kind aus Angst zu sehr schonen; Umgang mit Krankheit ist Streitpunkt zwischen Eltern.

bei Bedarf bitte die Rückseite benutzen!

**6. Ist Ihr Kind psychisch durch die Erkrankung belastet?** z.B. Kann Einschränkungen nicht akzeptieren; kann Behandlung nicht akzeptieren und wehrt sich; fühlt sich bestraft; beneidet gesunde Kinder/Jugendliche; Angst vor Anfällen/Krankenhaus/Spritzen; Angst zu Sterben.

bei Bedarf bitte die Rückseite benutzen!

**7. Was hilft Ihnen und Ihrem Kind, die Krankheit zu bewältigen?** z.B. Positive Einstellung; eigene Möglichkeiten, etwas für die Gesundheit zu tun; soziales Netz;

bei Bedarf bitte die Rückseite benutzen!

**8. Thema der Schulung durch die Psychologin sollte sein:**