



Fragebogen für Kinder 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 natürlich freiwillig. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Wer füllt den Fragebogen aus? _____ Telefon: _____

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

Wegen welcher Beschwerden sind Sie zu uns gekommen? (ggf. Audioaufnahme zum Termin mitbringen)

Seit wann hat Ihr Kind diese Beschwerden? _____

Kitabesuch seit wann? _____

Wie häufig bestehen diese Beschwerden?

- täglich bzw. fast an jedem Tag etwa _____ mal wöchentlich
 etwa alle _____ Wochen für _____ Tage etwa alle _____ Monate für _____ Tage
 selten, und zwar

Wann hatte Ihr Kind die Beschwerden **zum letzten Mal**? _____

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: _____

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

- morgens abends nachts nur am Tage
 besonders in den Monaten _____
 bei Erkältungen / Infekten
 während / nach körperlicher Belastung / Sport
 bei Aufregung / beim Streiten / beim Lachen
 bei Kontakt zu Tabakrauch -> wird innerhalb der Wohnung geraucht? ja nein
 bei Tierkontakten und zwar: _____ haben Sie **Hauttiere**? _____
 andere Auslöser _____

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

- Allergietest:
Wann? _____ Bitte Allergietest ggf. einreichen.
- Röntgenaufnahme der Lunge:
Wann? _____ Bitte Befund ggf. einreichen.
- Lungenfunktionsprüfung
Wann? _____ Bitte Befund ggf. einreichen.
- Vorstellung beim HNO-Arzt
Wann? _____ Bitte Befund ggf. einreichen.

Welche Medikamente / Therapien erhält Ihr Kind wegen der Atembeschwerden?

Medikamente (seit wann, Dosis)?

Encasing (Matratzenbezug) gegen Hausstaubmilben? ja nein

Hyposensibilisierung (von – bis, wogegen)?

Reha-Aufenthalte, Kuren (wann)?

Gab es während der Geburt oder in den ersten Tagen danach Besonderheiten oder Komplikationen?

- nein
- Frühgeburt Beatmung
- Sonstiges _____

Weitere Symptome / Erkrankungen?

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

- nein
- häufig Mittelohrentzündung häufig Niesattacken oder ständiger Fließschnupfen
- häufig verstopfte Nase nächtliches Schnarchen
- juckende tränende gerötete geschwollene Augen

Bestehen oder bestanden früher **Hautbeschwerden**?

- nein
- häufiger Juckreiz Ekzeme, Neurodermitis Nesselausschlag / Urtikaria

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

- nein
- Falls ja, nach welchen? _____

- 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

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

- nein
- ja, und zwar: _____

Gibt es atopische Erkrankungen in der Familie?

nein

	Vater	Mutter	Geschwisterkind	Großeltern		Tanten / Onkel	
				ms	vs	ms	vs
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierhaarallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktekzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Fragen oder weitere Anmerkungen haben Sie?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!