

Name:..... Geburtsdatum:.....
Kinderarzt:.....

Liebe Eltern,

um den bisherigen Krankheitsverlauf sowie die aktuelle Situation Ihres Kindes erfassen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen bzw. zutreffendes anzukreuzen.

Krankenkasse:.....

Bereits Teilnahme am Disease-Management-Programm (DMP): ja / nein

Wurde bei Ihrem Kind die Diagnose "Asthma" bereits gestellt?

Wenn ja, wie alt war es damals?

Wie alt war Ihr Kind, als die Asthmasymptome zum ersten Mal auftraten?

Wann traten zuletzt Beschwerden auf?

Bei Ihrem Kind wurde vom Kinderarzt festgestellt:

- häufige Bronchitis Heuschnupfen
- Infektasthma Ekzem
- allergisches Asthma bronchiale
- andere Erkrankungen, wenn ja, welche.....
.....

Welche Symptome weist Ihr Kind auf?

- häufiges bis ständiges Husten oder Hüsteln heftige Hustenanfälle
- pfeifendes Atemgeräusch rasche Ermüdbarkeit
- keuchende Atmung
- häufiger Schnupfen - vornehmlich wann ?
- häufige Erkältungen - vornehmlich wann ?

Wann treten die Symptome bei Ihrem Kind auf ?

- bei Kontakt mit Zigarettenrauch
- zu bestimmten Pollenflugzeiten
- bei Infekten
- bei Kontakt mit Tieren? wenn ja, welche?
- nachts im eigenen Bett
- bei Nebel bei Sturm an extrem sonnigen, heißen Tagen
- bei sportlicher Anstrengung
- in abgasbelasteter Umgebung
- bei gefühlsmäßiger Belastung (z.B. Stress, Leistungsdruck, familiärer Konflikt)
- nach dem Verzehr von bestimmten Lebensmitteln? Wenn ja, welche?
-

Haben Sie Haustiere? ja nein

Wenn ja, welche?

Wurden Haustiere wegen des Asthmas abgeschafft? ja nein

Kennen Sie das Peak-Flow-Meter? ja nein

Wenn ja, benutzt Ihr Kind es regelmäßig? ja nein

