

Fragebogen für Patienten mit Atemwegsbeschwerden

nach Dr. Frank Friedrichs + Dr. Claus Pimmert

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: _____

Tagesdatum: _____

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**?

Raum für ärztliche Ergänzungen

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

Röntgenaufnahme der Lunge

☐ nein

Wann? _____

☐ Der Befund war unauffällig

☐ Es bestand eine Lungenentzündung/Bronchitis

Es zeigte sich folgender Befund: _____

Lungenfunktionsprüfung

☐ nein

Wann? _____

☐ Der Befund war unauffällig

☐ Es bestand eine eingeschränkte Lungenfunktion

Allergietest

☐ nein

Wann? _____

☐ Es war 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 zur Zeit?

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

☐ andere Maßnahmen

Hyposensibilisierung (von - bis? wogegen?)

Reha-Aufenthalte, Kuren (wann?)

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

Raum für ärztliche Ergänzungen

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

- ☐ morgens ☐ abends ☐ nachts ☐ nur am Tage
☐ Frühjahr ☐ Sommer ☐ Herbst ☐ Winter
☐ bei feuchter Klimalage ☐ bei kalter Klimalage

besonders in den Monaten: _____

- ☐ während/nach körperlicher Belastung/Sport
☐ bei Kontakt zu Tabakrauch
☐ bei Aufregung/beim Streiten/beim Lachen
☐ bei Kontakt zu Hausstaub
☐ bei Tierkontakten und zwar: _____

nach Genuss dieser Nahrungsmittel: _____

andere Auslöser: _____

Haben Sie jetzt (oder hatten Sie früher) **Haustiere**? ☐ nein

☐ ja, und zwar: _____

Hat Ihr Kind woanders zu **Tieren Kontakt**? ☐ nein

☐ ja, und zwar: _____

Wird innerhalb Ihrer Wohnung **geraucht**? ☐ nein

☐ ja, und zwar: _____ Zigaretten täglich

Ist es durch die Beschwerden Ihres Kindes häufiger 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 **im Krankenhaus? Warum? Wann?** ☐ nein

☐ ja, und zwar: _____

Leidet Ihr Kind an **chronischen Krankheiten? Welche?** ☐ nein

☐ ja, und zwar: _____

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

☐ ja, und zwar: _____

Raum für ärztliche Ergänzungen

Bestehen weitere Beschwerden an den **Atemwegen**?

☐ nein

Raum für ärztliche Ergänzungen

- ☐ 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/Nase/Augen**?

☐ nein

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

Bestehen oder bestanden früher **Hautbeschwerden**?

☐ nein

- ☐ häufiger Juckreiz
- ☐ Ekzeme, Neurodermitis
- ☐ Nesselausschlag

Bestehen Beschwerden im **Mundbereich** nach dem Genuss bestimmter **Nahrungsmittel**? Falls ja, nach welchen?

☐ nein

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

Bestehen Beschwerden am **Magen oder Darm**?

☐ nein

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

Gibt es allergische Erkrankungen in der Familie?

☐ nein

	Mutter	Vater	Geschwisterkind	andere
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergischer Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierallergie	<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"/>
Nahrungsmittelallergie	<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"/>
Kontaktexzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachdruck nur mit Genehmigung der:

Allergopharma Joachim Ganzer KG | 21462 Reinbek bei Hamburg | Telefon +49 40 72765-0 | Fax +49 40 7227713 | info@allergopharma.de | www.allergopharma.de

33500379-1a-DE