

Fragebogen für Patienten mit Atemwegsbeschwerden

von Dr. Frank Friedrichs · Dr. Claus Pannier

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?

Raum für ärztliche Ergänzungen

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?

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 Feuchthinhalation (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 Tierkontakte 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 Pseudokrupp-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"/>
Kontaktekzem	<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