

## Anamnesebogen Lungenerkrankungen

Überweiser/Kinderarzt:

Vorstellungsgrund:

Symptome:	pfeifende Atmung:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> bei Belastung	<input type="checkbox"/> bei Infekten	<input type="checkbox"/> bei Pollenflug		
	Husten:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> bei Belastung	<input type="checkbox"/> bei Infekten	<input type="checkbox"/> bei Pollenflug		
			<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> nachts		
					<input type="checkbox"/> Auswurf		
	Belastungsminderung:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> bei Belastung	<input type="checkbox"/> bei Infekten	<input type="checkbox"/> bei Pollenflug		
	Pneumonien:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja	wann?	<input type="checkbox"/> stationär		
	Sonstiges:						
Eigen:	Neurodermitis:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> als Kleinkind	<input type="checkbox"/> immer noch			
	Allergie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> kein Test	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> Prick		
	Sanierung erfolgt:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Encasing	<input type="checkbox"/> Parkett	<input type="checkbox"/> Bettwäsche		
	verstopfte Nase:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> bei Infekten	<input type="checkbox"/> immer		
	Otitiden:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig			
	Schnarchen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Adenotomie		
	Mundatmung Schlaf:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> TE		
	Spucken:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> als Kleinkind	<input type="checkbox"/> immer noch			
	Stuhlgang:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> breiig	<input type="checkbox"/> Obstipation			
Familie:	Allergie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Geschwister		
	Lungenerkrankung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Geschwister:		
Umgebung:	Nikotin:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in Schwangersch.	<input type="checkbox"/> zu Hause			
	feuchte Stellen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Kinderzimmer	<input type="checkbox"/> Wohnzimmer	<input type="checkbox"/> Bad		
	Haustiere:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze	<input type="checkbox"/> Sonstiges		
Medikation:	Sultanol:	<input type="checkbox"/> DÄ	<input type="checkbox"/> Spacer	<input type="checkbox"/> Pari	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> n.Bed.	<input type="checkbox"/> wann:
	Atrovent:	<input type="checkbox"/> DÄ	<input type="checkbox"/> Spacer	<input type="checkbox"/> Pari	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> n.Bed.	<input type="checkbox"/> wann:
	ICS:	<input type="checkbox"/> DÄ	<input type="checkbox"/> Diskus	seit	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> n.Bed.	<input type="checkbox"/> wann:
	LABA:	<input type="checkbox"/> DÄ	<input type="checkbox"/> Diskus	seit	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> n.Bed.	<input type="checkbox"/> wann: