

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

Fragebogen Atemwegsbeschwerden

Erstvorstellung ☐ oder Kontrollvorstellung ☐

Aktuelle Medikamente:

Dauertherapie: ☐ keine

Name: Dosis:

- ☐ Dosieraerosol mit Inhalierhilfe
☐ Vortex mit / ohne Maske
☐ Aerochamber mit / ohne Maske
☐ Diskus

Akuttherapie: ☐ Salbutamol-Dosieraerosol ☐ Salbutamol-Easyhaler

Hat Ihr Kind zur Zeit Atemwegsbeschwerden?

.....
.....

In den letzten 4 Wochen ?

Treten Beschwerden bei körperlicher Belastung auf (Sport, Rennen, Toben, Lachen,):

.....

Bei Erstvorstellung: Wann begannen überhaupt die Beschwerden:

.....
.....

Haben Sie Tiere?

.....

Welche Allergien sind bekannt?

.....

Wurde schon ein Allergietest durchgeführt, wenn ja wann?

Gibt es Probleme mit der Nasenatmung?

Schnarcht Ihr Kind nachts?

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