Gemeinschaftspraxis
für Kinder- und Jugendmedizin
Kinder- und Jugendpneumologie, Neuropädiatrie und Sportmedizin
Dr. R. Maier, Dr. A. Mattheß, M. Röhrenbach

Fragebogen zu Atemwegserkrankungen

Sehr geehrte Eltern!
Um das Gespräch mit uns zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig **(sechs Seiten)** auszufüllen. Alle Angaben sind dabei natürlich freiwillig. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name des Kindes: _____ Tagesdatum: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____ Telefon:_____

Wer füllt den Fragebogen aus?_____ Handy:_____

Welche/r **Ärztin/Arzt** hat Sie überwiesen bzw. wer ist Ihre kinder- und jugendärztliche Praxis? (wichtig für die Zusendung des Arztbriefes)

Raum für ärztliche Ergänzungen

_____

_____

Wegen welcher **Beschwerden** Ihres Kindes sind Sie zu uns gekommen?

_____
_____
_____
_____

Seit wann hat Ihr Kind diese Beschwerden?

_____
_____

Sind die Beschwerden zu einer **bestimmten** Jahreszeit häufiger?

- Ja
- Nein

Wann treten die **Beschwerden** auf?

- Januar- April
- Mai- August
- Im ganzen Jahr, vor allem im Sommer
- Im ganzen Jahr, vor allem im Winter
- Nach Einnahme von Medikamenten; welche? _____
- Nach Kontakt mit Tieren; welche? _____
- Nach Genuss von Obst und Nüssen? _____
- Nach Genuss von Nahrungsmitteln; welche? _____

Wo und **bei welchen** Umständen treten die Beschwerden auf?

- In der Wohnung
- Im Freien
- Im Bett
- Beim Staubsaugen
- Bei Beginn der Heizperiode
- Bei Dämpfen oder Gerüchen
- Sonstiges: _____

Wie häufig bestehen die 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 bereits durchgeführt?

Bitte Untersuchungsergebnisse vorher abgeben.

Allergietest (über eine Blutuntersuchung oder Hauttest)?

☐ nein

Falls ja, wann? _____

- Es war keine Allergie nachweisbar.
- Es besteht eine Allergie gegenüber:
  - a) Pollen
  - b) Hausstaubmilben
  - c) Tieren
  - d) Schimmelpilzen
  - e) Nahrungsmitteln, und zwar: _____
    _____

Röntgenaufnahme der Lunge?

- nein

Falls ja, wann? _____

☐ Der Befund war unauffällig

☐ Es bestand eine Lungenentzündung/Bronchitis

Es zeigte sich folgender Befund: _____

Raum für ärztliche Ergänzungen

Lungenfunktionsprüfung?

- nein

Falls ja, wann? _____

☐ Der Befund war unauffällig

☐ Es bestand eine eingeschränkte Lungenfunktion

Schweißtest?

- Nein

Falls ja, wann? _____

☐ Der Befund war unauffällig

☐ Es besteht eine CF?

Blutuntersuchungen?

- Nein

Falls ja, welche?

_____

_____

Bisherige Therapie der Beschwerden

Welche Medikamente erhält Ihr Kind **zur Zeit**?

_____

_____

_____

_____

Bitte bringen Sie alle Ihre Medikamente mit.

Hat Ihr Kind schon einmal mit Kortisonpräparaten inhaliert?

☐ nein ☐ ja, und zwar mit

_____

War schon einmal die Gabe von Kortison als Zäpfchen, Saft, Tabletten nötig? ☐ ja ☐ nein

Hausstaubmilbensanierung der Wohnung

- ○ milbendichte Matratzenbezüge
- ○ Teppichböden entfernt
- ○ andere Maßnahmen

_____

Raum für ärztliche Ergänzungen

Hyposensibilisierung (von - bis? wogegen? mit welchem Präparat?)

_____

_____

Reha-Aufenthalte, Kuren, Klinik-Aufenthalte (wann und wo?)

_____

_____

_____

Andere Maßnahmen

_____

_____

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

- ○ morgens
- ○ abends
- ○ nachts
- ○ nur am Tage
- ○ Frühjahr
- ○ Sommer
- ○ Herbst
- ○ Winter
- ○ bei feuchtem Klima
- ○ bei kaltem Wetter
- ○ besonders in den Monaten: _____
- ○ während/nach körperlicher Belastung/Sport
- ○ bei Erkältungen
- ○ bei Aufregung/beim Streiten/beim Lachen
- ○ bei Kontakt zu Hausstaub

Haben Sie Haustiere?

☐ nein ☐ ja,

und zwar: _____

Hat Ihr Kind regelmäßigen Kontakt zu weiteren **Tieren?**

☐ nein ☐ ja,

zu folgenden Tieren: _____

Raum für ärztliche Ergänzungen

Wird innerhalb der Wohnung **geraucht?**

☐ nein ☐ ja, und zwar: _____ Zigaretten täglich

Ist es durch die Beschwerden Ihres Kindes 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 einmal **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: _____

_____

☐ Bestehen weitere Beschwerden an den **Atemwegen?** ☐ nein

☐ häufig obstruktive (spastische) Bronchitis

☐ häufig Pseudokrupp-Anfälle

☐ häufig Reizhusten, Heiserkeit oder ständiges Räuspern

☐ pfeifendes Atemgeräusch, Luftnot

Bestehen weitere Beschwerden an **Ohren/Nase/Augen?** ☐ nein

☐ häufig Mittelohrentzündung ☐ häufige Niesattacken

☐ ständiger Fließschnupfen ☐ häufig verstopfte Nase

☐ nächtliches Schnarchen ☐ juckende, tränende, gerötete und/oder geschwollene Augen

☐ HNO-ärztliche Untersuchung/Operation (Wann?)

_____

Bestehen oder bestanden früher **Hautbeschwerden?** ☐ nein

☐ häufiger Juckreiz Ekzeme (Neurodermitis)

☐ Nesselausschlag

Raum für ärztliche Ergänzungen

Gemeinschaftspraxis
für Kinder- und Jugendmedizin
Kinder- und Jugendpneumologie, Neuropädiatrie und Sportmedizin
Dr. R. Maier, Dr. A. Mattheß, M. Röhrenbach

Bestehen Beschwerden nach dem Genuss bestimmter **Nahrungsmittel?**
Falls ja, nach welchen? ☐ nein

☐ Ausschlag um den Mund herum

☐ Lippenschwellung

☐ Juckreiz am Gaumen

☐ Heiserkeit, Husten oder Luftnot

Bestehen **Magen-Darm-Beschwerden?** ☐ nein

☐ schlechtes Gedeihen, chronische Durchfälle

☐ Wiederholtes Erbrechen

☐ häufiges Aufstoßen, säuerlicher Mundgeruch

Gibt es allergische Erkrankungen in der Familie?

☐ nein

Ja, bei: _____

	Mutter	Vater	Bruder/ Schwester
Asthma	☐	☐	☐
Allergischer Schnupfen	☐	☐	☐
Pollenallergie	☐	☐	☐
Tierallergie	☐	☐	☐
Hausstaubmilbenallergie	☐	☐	☐
Nahrungsmittelallergie	☐	☐	☐
Neurodermitis	☐	☐	☐

Welche Fragen haben Sie an uns?

_____
_____
_____

Raum für ärztliche Ergänzungen

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit der freundlichen Genehmigung der Kinderarztpraxis Laurensberg, Rathausstraße 10, 52072 Aachen