



Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Findorff

Fragebogen für Patienten mit Atemwegsbeschwerden

Liebe 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 Mühe!

Name des Kindes:

Vorname:

Wer füllt den Fragebogen aus?
.....

Datum:

.....

Telefon:

.....

Handy:

.....

Welche/r Arzt/Ärztin hat Sie überwiesen bzw. wer ist Ihr
Kinder- und Jugendarzt/Hausarzt?

.....
.....
.....

*Raum bitte für ärztliche
Ergänzungen freilassen*

Wegen welcher Beschwerden sind Sie zu uns gekommen?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Seit wann hat Ihr Kind diese Beschwerden?

.....
.....
.....
.....
.....



Raum bitte für ärztliche Ergänzungen freilassen

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?)

.....

Andere Maßnahmen (z.B. Ernährungsumstellung, Homöopathie,

Bioresonanz, Eigenblut etc.)

.....



Raum bitte für ärztliche
Ergänzungen freilassen

**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 Tierkontakt und zwar

nach Genuss dieser Nahrungsmittel

.....

andere Auslöser

.....

Hat Ihr Kind Kontakt zu Tieren? nein

..... ja, und zwar

Wird in der Familie geraucht? nein

..... ja, und zwar

**Ist es durch die Beschwerden 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 bitte für ärztliche Ergänzungen freilassen

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

- häufig Mittelohrentzündung
- häufige Nießattacken 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 im Gaumen
- Heiserkeit, Husten oder Luftnot

..... **Bestehen Beschwerden an Magen oder Darm?** **nein**

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

..... **Gibt es allergische Erkrankungen in der Familie?** **nein**

	Mutter	Vater	Geschwister-kind	andere
Asthma				
Allergischer Schnupfen				
Pollenallergie				
Tierallergie				
Hausmilbenallergie				
Nahrungsmittelallergie				
Neurodermitis				
Kontaktekzem				