

## Fragebogen für Patienten mit Atemwegsbeschwerden

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? (wichtig für die Zusendung des Arztbriefes)

---

---

---

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

---

---

---

Welche **Fragen** haben Sie?

---

---

---

**Seit wann** hat Ihr Kind diese Beschwerden?

---

**Wie häufig** bestehen diese Beschwerden?

- täglich bzw. fast an jedem Tag
- etwa einmal wöchentlich
- etwa alle zwei Wochen für Tage
- etwa einmal monatlich für Tage
- etwa alle zwei Monate für Tage
- seltener, und zwar:

Wann hatte Ihr Kind diese Beschwerden **zum letzten Mal**?

---

## Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

### Allergietest

ja  nein

Wann? \_\_\_\_\_

Es war keine Allergie nachweisbar.

### Es besteht eine Allergie gegenüber:

Pollen  Hausstaubmilben  Tieren  Schimmelpilzen

Nahrungsmitteln, und zwar

---

### Röntgenaufnahme der Lunge

ja  nein

Wann? \_\_\_\_\_

Der Befund war unauffällig

Es bestand eine Lungenentzündung/Bronchitis

Es zeigte sich folgender Befund:

---

### Lungenfunktionsprüfung

ja  nein

Wann? \_\_\_\_\_

Der Befund war unauffällig

Es bestand eine eingeschränkte Lungenfunktion

## Bisherige Therapie der Beschwerden

Welche Medikamente erhält Ihr Kind wegen der Atembeschwerden?

---

---

Hat Ihr Kind **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:

---

**Hypo-Sensibilisierung** (von – bis? wogegen?)

---

**Reha-Aufenthalte, Kuren** (wann?)

---

### Andere Maßnahmen

(z.B. Ernährungsumstellung, Homöopathie, Bioresonanz, Eigenblut, etc.)

---

## Auslöser:

Treten die Beschwerden **unter bestimmten Umständen verstärkt** auf?

- morgens  abends  nachts  nur am Tage  
 Frühjahr  Sommer  Herbst  Winter  
 bei feuchter Klimalage  bei kalter Klimalage  bei Erkältungen  
 besonders in den Monaten:
- 

- während / nach **körperlicher Belastung/Sport**  
 bei Kontakt zu **Tabakrauch**  
 bei **Aufregung** / beim Streiten / beim Lachen  
 bei Kontakt zu **Hausstaub**  
 bei **Tierkontakten** und zwar:
- 

Nach Genuss dieser **Nahrungsmittel**:

---

## Andere Auslöser:

---

---

Haben Sie **Haustiere**?

- ja, und zwar:
- 

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

- ja, zu folgenden Tieren:
- 

Wird innerhalb Ihrer Wohnung **geraucht**?

- ja, und zwar \_\_\_\_\_ Zigaretten täglich

Ist es durch die Beschwerden zu einer **Störung der Nachtruhe** gekommen?

- ja, und zwar \_\_\_\_\_ mal in den letzten 6 Monaten

Konnte Ihr Kind wegen der Beschwerden häufiger den **Kindergarten bzw. die Schule nicht besuchen**?

- ja, und zwar \_\_\_\_\_ mal in den letzten 6 Monaten

War Ihr Kind schon einmal **im Krankenhaus**? Warum? Wann?

- ja, und zwar:
- 
- 

Leidet Ihr Kind an **chronischen Krankheiten**? Welche?

- ja, und zwar:
- 

Gab es **während der Geburt** oder in den ersten Tagen danach **Besonderheiten oder Komplikationen**?

- 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 oder ständiger Fließschnupfen
- [ ] häufig verstopfte Nase
- [ ] nächtliches Schnarchen
- [ ] juckende [ ] tränende [ ] gerötete [ ] 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?**

	Mutter	Vater	Geschwisterkind	andere
Asthma	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Allergischer Schnupfen	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Pollenallergie	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Tierallergie	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Hausstaubmilbenallergie	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Nahrungsmittelallergie	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Neurodermitis	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Kontaktexzem	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!