

FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN MIT ATEMWEGSBESCHWERDEN

von Dr. Claus Pfannenstiel und Dr. Frank Friedrichs, Aachen

Liebe Eltern,
für die Diagnose braucht Ihr Kinderarzt von Ihnen wichtige Informationen zur Krankengeschichte Ihres Kindes. In Vorbereitung auf dieses Gespräch können Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig ausfüllen und zu Ihrem Arzttermin mitnehmen.

Name des Kindes _____ Tagesdatum _____

Vorname des Kindes _____ Telefon _____

Wer füllt den Fragebogen aus? _____ Handy _____

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

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

Seit wann hat Ihr Kind diese Beschwerden?

Wie häufig bestehen diese 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 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?)

Reha-Aufenthalte, Kuren (wann?)

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

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 Tierkontakten und zwar: _____

nach Genuss dieser Nahrungsmittel: _____

andere Auslöser: _____

Haben Sie jetzt (oder hatten Sie früher) Haustiere? nein

ja, und zwar: _____

Hat Ihr Kind woanders zu Tieren Kontakt? nein

ja, und zwar: _____

Wird innerhalb Ihrer Wohnung geraucht? nein

ja, und zwar: ___ Zigaretten täglich

Ist es durch die Beschwerden Ihres Kindes 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: _____

Bestehen weitere Beschwerden an den Atemwegen?

nein

- häufig obstruktive (spastische) Bronchitis
- häufig Pseudokrupp-Anfälle
- häufig Reizhusten, Heiserkeit oder ständiges Räuspern
- pfeifendes Atemgeräusch (z.B. bei körperlicher Belastung)
- Luftnot (z.B. bei körperlicher Belastung)

Bestehen weitere Beschwerden an Ohren/Nase/Augen?

nein

- häufig Mittelohrentzündung
- häufige Niesattacken 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?

nein

Falls ja, nach welchen?

- 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?

nein

| | Mutter | Vater | Geschwister | andere |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergischer Schnupfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pollenallergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tierallergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hausstaubmilbenallergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neurodermitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kontaktexzem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |