

## FRAGEBOGEN FÜR DIE ERSTVORSTELLUNG IN DER AMBULANZ FÜR PÄDIATRISCHE PNEUMOLOGIE UND ALLERGOLOGIE

LIEBE ELTERN,

im folgenden haben wir einige Fragen. Um ihr Kind bestmöglich behandeln zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen auszufüllen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN ODER AM PC AUSFÜLLEN!

Name Ihres Kindes	
Vorname Ihres Kindes	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Ihre Anschrift: Straße / Haus-Nr.	
Postleitzahl, Ort	
Ihre Telefon-/Handynummer	
E-Mail	
Name überweisender Arzt:	
Straße, Postleitzahl, Ort	
Telefonnummer	
Name Kinder- und Jugendarzt?	
Wer soll unseren Arztbericht erhalten?	<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt <input type="checkbox"/> Kinder-/Jugendarzt <input type="checkbox"/> sonst

Welche Erkrankungen hat ihr Kind?

---

---

---

Welche Beschwerden führen Sie zu uns?	
<hr/> <hr/> <hr/>	
Führen Sie ein Beschwerdeprotokoll?	
<input type="checkbox"/> ja ( <b>Wenn ja, unbedingt zur Vorstellung mitbringen!</b> )	<input type="checkbox"/> nein
Seit wann bestehen die Beschwerden?	
<hr/>	
Wie oft bestehen die Beschwerden?	
<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> 1 x pro Woche <input type="checkbox"/> 1 x pro Monat <input type="checkbox"/> seltener, und zwar: <hr/>	
Wann treten die Beschwerden Ihres Kindes auf?	
<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> bei Belastung <input type="checkbox"/> Frühjahr <input type="checkbox"/> Sommer <input type="checkbox"/> Herbst <input type="checkbox"/> Winter <input type="checkbox"/> anders, und zwar: <hr/>	
Gibt es bestimmte Auslöser für die Beschwerden Ihres Kindes?	
<input type="checkbox"/> bei kaltem Wetter <input type="checkbox"/> bei feuchtem / nebligen Wetter <input type="checkbox"/> bei Tierkontakt <input type="checkbox"/> bei Kontakt zu Hausstaub <input type="checkbox"/> bei Kontakt zu Pollen <input type="checkbox"/> bei körperlicher Belastung / beim Sport <input type="checkbox"/> bei Genuss von Nahrungsmitteln, und zwar: <hr/>	
Haben Sie Haustiere?	
<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> nein
Hat ihr Kind Kontakt zu Tieren?	
<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> nein
Hat ihr Kind Kontakt zu Zigarettenrauch?	
<input type="checkbox"/> ja, und zwar wo: _____	<input type="checkbox"/> nein

Fehlt ihr Kind wegen den Beschwerden häufiger im Kindergarten / in der Schule?	
<input type="checkbox"/> ja, _____ Tage im Jahr _____ Tage im Monat.	<input type="checkbox"/> nein
War ihr Kind auf Grund der Beschwerden bereits im Krankenhaus?	
<input type="checkbox"/> ja, und zwar wann: _____ wo: _____ <b>(Wenn ja, unbedingt Arztbericht mitbringen!)</b>	<input type="checkbox"/> nein
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nimmt Ihr Kind unregelmäßig (nach Bedarf) Medikamente ein?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Medikamente hat Ihr Kind schon erhalten?	
<input type="checkbox"/> Inhalationen <input type="checkbox"/> Antibiotika <input type="checkbox"/> Cortison (oral oder supp) <input type="checkbox"/> weiteres:	
_____	
Verwenden Sie eine Inhalierhilfe (Vortex, Aerochamber)?	
<input type="checkbox"/> ja, Vortex <input type="checkbox"/> ja, Aerochamber <input type="checkbox"/> weiteres:	<input type="checkbox"/> nein
_____	
Verwenden Sie ein Peak-Flow-Meter?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Führen Sie ein Peak-Flow-Protokoll?	
<input type="checkbox"/> ja <b>(Wenn ja, bitte Gerät / Protokoll mitbringen!)</b>	<input type="checkbox"/> nein
Andere Maßnahmen / Therapien (Ernährungsumstellung, Homöopathie,...)?	
_____	
_____	
Ist bereits eine Rehabilitationsmaßnahme / Kur erfolgt?	
<input type="checkbox"/> ja, und zwar wann: _____ wo: _____	<input type="checkbox"/> nein
Hat bereits eine Asthmaschulung stattgefunden?	
<input type="checkbox"/> ja, und zwar wann: _____ wo: _____	<input type="checkbox"/> nein

Welche Untersuchungen wurden schon gemacht? <b>(Bitte unbedingt Vorbefunde (z.B. Röntgenbilder auf CD) mitbringen!)</b>		
<input type="checkbox"/> Blutentnahme <input type="checkbox"/> Lungenfunktion <input type="checkbox"/> Allergietest Blut (RAST)	<input type="checkbox"/> Belastungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Röntgen der Lunge <input type="checkbox"/> Allergietest Haut (Prick)	<input type="checkbox"/> keine
Es besteht eine Allergie gegenüber		
<input type="checkbox"/> Tieren: _____ <input type="checkbox"/> Pollen: _____ <input type="checkbox"/> Schimmelpilzen: _____ <input type="checkbox"/> Nahrungsmitteln: _____ <input type="checkbox"/> Hausstaubmilben	<input type="checkbox"/> keine	
Ist eine Hausstaubmilbensanierung erfolgt?		
<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Leidet / litt Ihr Kind an einer der folgenden Erkrankungen / Beschwerden:		
<b>Augen:</b> <input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Jucken <input type="checkbox"/> Tränen  <b>Hals / Nase / Ohren:</b> <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> ärztliche Untersuchungen / Operationen? Und zwar wann: _____  <b>Magen / Darm Beschwerden:</b> <input type="checkbox"/> schlechtes Gedeihen <input type="checkbox"/> Durchfälle <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Erbrechen	<b>Nase:</b> <input type="checkbox"/> Nießen <input type="checkbox"/> Fließen / Laufen <input type="checkbox"/> Verstopfung  <b>Atemwege:</b> <input type="checkbox"/> häufig obstruktive Bronchitis <input type="checkbox"/> Lungenentzündung <input type="checkbox"/> Pseudokrupp <input type="checkbox"/> pfeifende Atmung <input type="checkbox"/> Luftnot <input type="checkbox"/> Husten trocken <input type="checkbox"/> Husten produktiv / schleimig  <b>Sonst:</b> <input type="checkbox"/> Milchschorf <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> keine

Angaben zur Geburt	
<input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> Sectio    in Schwangerschaftswoche: _____ <input type="checkbox"/> Komplikationen <input type="checkbox"/> Atemprobleme nach der Geburt <input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung in einer Kinderklinik nach der Geburt	
Probleme in der Schwangerschaft, wenn ja welche?	
<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein
Angaben zur Entwicklung	
Hat sich Ihr Kind altersgerecht entwickelt?	
<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein
Gab es Auffälligkeiten bei den Vorsorgeuntersuchungen?	
<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind die Impfungen nach STIKO-Empfehlung erhalten?	
<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____	<input type="checkbox"/> nein
Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport?	
<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____	<input type="checkbox"/> nein
Wie oft: _____	
Benötigt Ihr Kind dabei Medikamente?	
<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____	<input type="checkbox"/> nein

Hat Ihr Kind sonst noch Hobbys?			
<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ _____	<input type="checkbox"/> nein		
<b>Angaben zur Familie</b>			
Name Mutter:			
Alter: _____ Beruf: _____			
Erkrankungen: _____ _____	<input type="checkbox"/> keine		
Name Vater:			
Alter: _____ Beruf: _____			
Erkrankungen: _____ _____	<input type="checkbox"/> keine		
Name Geschwister (1):	Name Geschwister (2):		
Alter (1): _____ Alter (2) _____			
Erkrankungen: _____ _____	<input type="checkbox"/> keine		
Gibt es allergische Erkrankungen in der Familie?			
	Mutter	Vater	Geschwister
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie gegen Hausstaubmilben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie gegen Tierhaare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie gegen Pollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!  
Ihr Team der Pneumologischen Ambulanz