

Fragebogen zu Krankheiten der Lunge und allergischen Erkrankungen

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um uns folgende Fragen zu beantworten. Sie erleichtern uns so die Suche nach möglichen Erkrankungen bei Ihrem Kind.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Patient	Name, Vorname	wO	mO
	Geburtsdatum		
	Alter des Patienten		
	Datum		

1. Leidet Ihr Kind unter häufigem Husten?	Ja	0	Nein	0
Nachts?	Ja	0	Nein	0
Bei Erkältungen?	Ja	0	Nein	0
Beim Sport?	Ja	0	Nein	0
Bei Kälte?	Ja	0	Nein	0
Zu einer bestimmten Jahreszeit?	Ja	0	Nein	0
In Stresssituationen oder bei Aufregung?	Ja	0	Nein	0
Hat ihr Kind schon einmal unter einem sogenannten obstruktiven oder spastischen Bronchitis gelitten?	Ja	0	Nein	0

Wenn Sie eine dieser Fragen mit „ja“ beantwortet haben

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

Wie häufig hat Ihr Kind bereits darunter gelitten?

2. Leidet Ihr Kind unter häufigem Räuspern	Ja	0	Nein	0
--	----	---	------	---

3. Kommt Ihr Kind beim Spielen/Sport schneller „aus der Puste“ als andere Kinder?	Ja	0	Nein	0
---	----	---	------	---

4. Hat es wegen des Hustens/Asthmas bereits eine Therapie (Inhalationen etc.) erhalten?	Ja	0	Nein	0
---	----	---	------	---

5. Welche anderen Medikamente werden eingenommen?

6. Ist bei Ihrem Kind eine Neurodermitis bekannt?	Ja	0	Nein	0
Wenn ja, durch welche Auslöser verschlechtert sich die Haut?	Ja	0	Nein	0
Bestimmte Kleidung?	Ja	0	Nein	0
Stress?	Ja	0	Nein	0
Infekte?	Ja	0	Nein	0
Nahrungsmittel?	Ja	0	Nein	0
7. Tritt allergischer Schnupfen auf?	Ja	0	Nein	0
Zu einer bestimmten Jahreszeit?	Ja	0	Nein	0
Bei Staub (sauber machen etc.)?	Ja	0	Nein	0
Bei Kontakt mit Tieren?	Ja	0	Nein	0
8. Hat Ihr Kind einmal allergisch auf ein Medikament reagiert?	Ja	0	Nein	0
Wenn ja, gegen welches?				
9. Vermuten Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten bei Ihrem Kind?	Ja	0	Nein	0
Wenn ja, gegen welche Lebensmittel?				
10. Schnarcht Ihr Kind?	Ja	0	Nein	0
Immer/manchmal?	Ja	0	Nein	0
11. Hat es häufiger Lungenentzündung?	Ja	0	Nein	0
Hat es häufiger Mittelohrentzündung?	Ja	0	Nein	0
12. Und nun ein paar Fragen zum Säuglingsalter. In der wievielten Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt?				
Haben Sie gestillt?	Ja	0	Nein	0
Hatte Ihr Kind als Säugling Milchschorf?	Ja	0	Nein	0
13. Leiden Sie selbst oder andere Familienangehörige 1. Grades (Mutter, Vater, Geschwister) an:				
Asthma?	Ja	0	Nein	0
Heuschnupfen?	Ja	0	Nein	0
Neurodermitis?	Ja	0	Nein	0
Andere Allergien?	Ja	0	Nein	0
Wenn ja, welche?				

14. Rauchen Sie oder andere Familienmitglieder?	Ja	0	Nein	0
15. Hat Ihr Kind Kontakt zu Tieren?	Ja	0	Nein	0
Im Haus?	Ja	0	Nein	0
Außerhalb?	Ja	0	Nein	0
16. Wurden bei Ihrem Kind bereits ein Röntgenbild der Lunge gemacht?	Ja	0	Nein	0
Wenn ja, wann und wo?			
17. Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt?	Ja	0	Nein	0
Auf der Haut?	Ja	0	Nein	0
Im Blut?	Ja	0	Nein	0
18. Wurde bereits ein Schweißtest (Iontophorese) durchgeführt?	Ja		Nein	0
19. Gibt es weitere Besonderheiten?	Ja	0	Nein	0
Wenn ja, welche?				
20. Haben Sie Interesse an einer kostenpflichtigen Messung der Atemwegsentszündung (€ 28,00) für Ihr Kind, mit der Asthmaaktivität und Kortisonbedarf besser beurteilt werden können?				
Nähere Informationen erhalten Sie bei uns in der Praxis; wir halten diese Untersuchung für sehr sinnvoll.				
	Ja	0	Nein	0