

# 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 ..... w  m   
Geburtsdatum .....  
Alter des Patienten .....  
Datum .....

- |  |    |                       |      |                       |
|--|----|-----------------------|------|-----------------------|
| 1. Leidet Ihr Kind unter häufigem Husten?  | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Nachts?  | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Bei Erkältungen?   | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Beim Sport?  | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Bei Kälte?   | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Zu einer bestimmten Jahreszeit?  | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| In Stresssituationen oder bei Aufregung?   | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Hat ihr Kind schon einmal unter einem sogenannten obstruktiven oder spastischen Bronchitis gelitten? | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |

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  Nein

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

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

5. Welche anderen Medikamente werden eingenommen?

.....

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

14. Rauchen Sie oder andere Familienmitglieder? Ja  Nein

15. Hat Ihr Kind Kontakt zu Tieren?  
Im Haus? Ja  Nein   
Außerhalb? Ja  Nein

16. Wurden bei Ihrem Kind bereits ein  
Röntgenbild der Lunge gemacht? Ja  Nein   
Wenn ja, wann und wo?  
.....

17. Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt? Ja  Nein   
Auf der Haut? Ja  Nein   
Im Blut? Ja  Nein

18. Wurde bereits ein Schweißtest  
(Iontophorese) durchgeführt? Ja  Nein

19. Gibt es weitere Besonderheiten? Ja  Nein   
Wenn ja, welche?  
.....  
.....

20. Haben Sie Interesse an einer kostenpflichtigen Messung der  
Atemwegsentszündung (€ 25,00) 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  Nein