

## Fragebogen für Patienten mit Atemwegsbeschwerden

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

### Sehr geehrte Eltern!

Um das Gespräch mit der/dem Ärztin/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?

*Raum für Ergänzungen*

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**?

\_\_\_\_\_

Bestehen weitere Beschwerden an den **Atemwegen**?  nein

*Raum für Ergänzungen*

- häufig obstruktive (spastische) Bronchitis
- häufig Pseudokrapp-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**? Falls ja, 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?  nein

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

*Nachdruck nur mit  
Genehmigung des  
Herausgebers gestattet*

Welche **Untersuchungen** wurden durchgeführt?

**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

**Allergietest**  ja  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.)

\_\_\_\_\_

Raum für Ergänzungen

**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**?  ja  nein

ja, und zwar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind woanders zu **Tieren Kontakt**?  ja  nein

ja, und zwar:

\_\_\_\_\_

Wird innerhalb Ihrer Wohnung **geraucht**?  ja  nein

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

Ist es durch die Beschwerden Ihres Kindes häufiger zu einer **Störung der**

**Nachtruhe** gekommen?  ja  nein

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

Konnte Ihr Kind wegen der Beschwerden häufiger den **Kindergarten bzw. die**

**Schule** nicht besuchen?  ja  nein

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

War Ihr Kind schon **im Krankenhaus? Warum? Wann?**  ja  nein

ja, und zwar: \_\_\_\_\_

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

ja, und zwar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

oder **Komplikationen**?  ja  nein

ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Raum für Ergänzungen