

Fragebogen Kinder- Pneumologie/ Allergologie

Fachärztin für Kinder-
und Jugendmedizin

Ina Stenzel



Liebe Eltern!

Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen zum vereinbarten Termin zu beantworten.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name d. Kindes: Geb.-Datum d. Kindes:

Ihre Telefonnummer:

Kinder- und Jugendarzt bzw Hausarzt:

Welche **Atemwegsbeschwerden** sind aufgetreten?
(z.B. Husten trocken/schleimig, Kurzatmigkeit, Pfeifen, Räuspern, andere auffällige Atemgeräusche)

Seit wann und wie häufig treten sie auf (mehrmals pro Woche/Monat/Jahr)? Wann das letzte Mal?

Sehen Sie eine tages- und/oder jahreszeitliche Häufung (z.B. nachts/tagsüber, Winter/Frühjahr/Sommer)?

Vermuten Sie **Auslöser** für die Beschwerden (z.B. Infekte, Kälte/Wärme, körperliche Belastung/Sport, Pollensaison, Trinken/Essen, Tierkontakte, Stress)?

Gibt es **Begleitsymptome** wie z.B. Fieber, Schnupfen, Niesen, verstopfte Nase, Schnarchen, Augenjucken)?

Seit wann? In welchen Monaten?

Sind oder waren bei Ihrem Kind Nahrungsmittelallergien bekannt, wenn ja welche?



Wird etwas streng gemieden? Kribbelt es bei bestimmten Dingen im Mund?

Bestand oder besteht bei Ihrem Kind eine Neurodermitis (atopisches Ekzem)?

Gibt es aktuelle Beschwerden (Juckreiz, Hautrötung, Schlafprobleme)?

Hatte Ihr Kind in den letzten 1-2 Jahren Kontakt zu Tuberkulose?

Gibt es in Ihrer **Wohnung** Haustiere oder Belastung durch Staub, sichtbaren Schimmel, Topfpflanzen oder (Zigaretten-)Raucher?

Welcher Bodenbelag ist im Schlafzimmer Ihres Kindes?

Ist ein Hausstaubmilbendichter Matratzenbezug (Encasing) vorhanden (seit wann)?

Wurden bei Ihrem Kind bereits folgende **Untersuchungen** durchgeführt?

- ja
- nein

Wenn ja: Wann, wo und mit welchem Ergebnis (bitte als Kopie beifügen)?

- Allergietest auf der Haut (Prick):
- Allergietest im Blut (RAST):
- Lungenfunktionstest:
- Röntgen der Lunge:
- Schweißtest:
- Vorstellung bzw. Operation beim HNO-Arzt:
- Krankenhausaufenthalt:





Wurde bei Ihrem Kind bereits eine **Inhalationstherapie** begonnen? Präparat und Dosierung, Inhalierhilfe?

Wie regelmäßig nimmt Ihr Kind seine Inhalation/Medikamente?

Nimmt Ihr Kind sonstige Medikamente ein? Notfallset?

Wurde bereits eine Hyposensibilisierung durchgeführt (von – bis, wogegen)?

Nimmt Ihr Kind bereits am DMP Asthma bronchiale teil?

Ist eine alternativmedizinische Behandlung erfolgt (z.B. Homöopathie)?

Bei wem in der **Familie** (Geschwister, Eltern, Großeltern) gibt es Erkrankungen wie Asthma bronchiale, Allergien, Heuschnupfen oder Neurodermitis?

Was wünschen Sie sich im Rahmen des Termines bei uns?

