

Dr. med. Irnstetter
Dr. med. Götz
Dr. med. Steins
Dr. med. Walther

Elternfragebogen Pneumologie-Allergologie

Aus organisatorischen Gründen bitten wir Sie, uns nachfolgende Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Name und **Geburtsdatum** Ihres Kindes:

Adresse:

Telefonnummer:

Kinderarzt/ärztin:

1. Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind aktuell?

- Husten über mehr als 3-4 Wochen/häufiger als 3x pro Jahr
- Atemnot
- pfeifende/brummende/rasselnde Atmung
- Heuschnupfen
- Ekzem
- Nesselsucht (Urtikaria)
- Eingeschränkte körperliche Belastbarkeit

2. Wann haben die Beschwerden begonnen?

3. Wann treten die jeweiligen Beschwerden auf?

- das gesamte Jahr
 - nur in bestimmten Monaten:
-

4. Sind Ihnen auslösende Ursachen aufgefallen?

- Infekte
- Kontakt mit Staub/Rauch
- Kontakt mit Tieren
- Körperliche Belastung
- Kalte Luft/Nebel

5. Wie ist die Umgebung Ihres Kindes?

Gibt es Haustiere in der Wohnung?

- Ja
- Nein

Wenn ja welche?

Raucht jemand in der Wohnung oder im Auto?

- Ja
- Nein

Bettdecke und Kopfkissen sind aus

- waschbarem Material
- Daune

Hat Ihr Kind Spezialüberzüge (Encasing) für Hausstaubmilbenallergiker?

- Ja
- Nein

6. Welche Auffälligkeiten bestehen in der Vorgeschichte?

- Frühgeburtlichkeit
- Beatmung oder Sauerstoffbedarf nach der Geburt
- Ekzem/Neurodermitis
- Wiederkehrende spastische Bronchitis
- Inhalation mit Medikamenten
- Lungenentzündung
- Pseudokrappanfalle
- Chronische Rhinitis (Schnupfen)
- Wiederkehrende Mittelohrentzündungen
- Chronische Paukenergüsse
- Wiederkehrende Durchfälle
- Schlechte Gewichtszunahme
- Saures Aufstoßen

- Andere schwere Infektionen (z.B. Hirnhautentzündung/Abszesse etc.)

7. Welche Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell?

8. Besitzen Sie ein

- Inhalationsgerät (z.B. Pariboy)
- Eine Inhalationshilfe (z.B. Vortex/ Aerochamber)

9. Ist Ihr Kind schon auf Allergien getestet?

- Ja, mit Bluttest (RAST)
- Ja, mit Hauttest (Prick)

10. Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Hyposensibilisierung durchgeführt?

- Ja, mit Tropfen oder Tabletten
- Ja, mit Spritzen

11. Hat Ihr Kind Impfungen erhalten? Wenn ja, welche? (bitte Impfpass mitbringen)

12. War Ihr Kind bereits in stationärer Behandlung, wenn ja wo, wann und weswegen?

- Nein
 - Ja:
-

13. Hat Ihr Kind bereits eine Röntgenaufnahme von der Lunge erhalten?

- Ja
- Nein

14. Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal zur Kur oder auf Reha?

- Ja
- Nein

15. Leidet jemand in Ihrer Familie (v.a. Eltern/Geschwisterkinder) an Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma oder anderen Lungenerkrankungen?

- Ja
- Nein

Wenn ja, geben Sie bitte an wer und woran er/sie leidet

16. Haben Sie schon einmal an einer Asthmaschulung teilgenommen?

- Ja
- Nein

17. Haben Sie schon einmal etwas von strukturierten Behandlungsprogrammen gehört (Disease management Programm/DMP)?

- Ja
- Nein

18. Sind Sie damit einverstanden, dass vorab folgende Basisuntersuchungen bei Ihrem Kind durchgeführt werden, da wir diese benötigen und damit längere Wartezeiten erspart bleiben:

- Lungenfunktionstest (ggf. mit Laufbelastung) Ja Nein
- Allergietestung (Pricktest) Ja Nein
- NO Messung (allergische Entzündung in den Bronchien) Ja Nein
(die Sachkosten für diese Messung (30 Euro) werden nicht von den gesetzlichen Versicherungen getragen und müssen daher in Rechnung gestellt werden)

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen zurück und legen Sie Befunde, Arztbriefe, Allergietestungen etc. bei. Bitte bringen Sie zum Termin das Vorsorgeheft, den Impfausweis und die aktuellen Medikamente mit.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam