

# FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN MIT ATEMWEGSBESCHWERDEN

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

Liebe Eltern,  
für die Diagnose braucht Ihr Kinderarzt von Ihnen wichtige Informationen zur Krankengeschichte Ihres Kindes. In Vorbereitung auf dieses Gespräch können Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig ausfüllen und zu Ihrem Arzttermin mitnehmen.

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Tagesdatum \_\_\_\_\_

Vorname des Kindes \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Wer füllt den Fragebogen aus? \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Welche/r **Ärztin/Arzt** hat Sie überwiesen bzw. wer ist Ihr Kinder- und Jugendarzt/Hausarzt?

\_\_\_\_\_

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**?

\_\_\_\_\_

## Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

**Röntgenaufnahme der Lunge**  nein

Wann?

- Der Befund war unauffällig  
 Es bestand eine Lungenentzündung/Bronchitis

Es zeigte sich folgender Befund: \_\_\_\_\_

**Lungenfunktionsprüfung**  nein

Wann? \_\_\_\_\_

- Der Befund war unauffällig  
 Es bestand eine eingeschränkte Lungenfunktion

**Allergietest**  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.)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**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?**     nein

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

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

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

**Wird innerhalb Ihrer Wohnung geraucht?**     nein

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

**Ist es durch die Beschwerden Ihres Kindes häufiger zu einer Störung der Nachtruhe gekommen?**     nein

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

**Konnte Ihr Kind wegen der Beschwerden häufiger den Kindergarten bzw. die Schule nicht besuchen?**     nein

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

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

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

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

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

**Gab es während der Geburt oder in den ersten Tagen danach Besonderheiten oder Komplikationen?**     nein

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

**Bestehen weitere Beschwerden an den Atemwegen?**

nein

- häufig obstruktive (spastische) Bronchitis
- häufig Pseudokrupp-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?**

nein

**Falls ja, nach welchen?**

- 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
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergischer Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausstaubmilbenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktexzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>