



Gemeinschaftspraxis
Dr. med Katharina Laska
Kristina Eising
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin
Europaplatz 6
53721 Siegburg
Tel. 02241 3977990

Fragebogen für Patienten mit Allergien +/-Atemwegsbeschwerden

Sehr geehrte Eltern!

Um das Gespräch mit dem Arzt erleichtern, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen bzw. zutreffendes anzukreuzen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wer füllt den Fragebogen aus? Mutter Vater _____

Stammdaten Patient:

Name:

Vorname:

weiblich männlich

Geburtsdatum:

Muttersprache: _____

Straße:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefon: _____

E-Mail: _____

Familienanamnese:

Name	Geburtsdatum	Beruf/derzeitige Tätigkeit	Familienstand
Mutter			
Vater			
1. Geschwister			
2. Geschwister			
3. Geschwister			
4. weitere?			

Das Kind lebt bei: den Eltern Vater Mutter
 nicht bei den Eltern, sondern _____

Sorgerecht/Vormundschaft bei: Eltern gemeinsam Mutter Vater

Gibt es in Ihrer Familie Personen mit einer der folgenden Erkrankungen?

– bitte ankreuzen

	Mutter	Vater	Ge- schwister	<input type="checkbox"/> Onkel/ <input type="checkbox"/> Tante väterlicher seits	<input type="checkbox"/> Onkel <input type="checkbox"/> Tante mütterlicher seits	<input type="checkbox"/> Oma <input type="checkbox"/> Opa väterlicher seits	<input type="checkbox"/> Oma <input type="checkbox"/> Opa mütterlicher seits
Asthma							
Allergischer Schnupfen							
Andere Lungenerkrankungen							
Neurodermitis							
Kontaktallergie							
Milbenallergie							
Pollenallergie							
Tierhaarallergien							
Nahrungsmittelallergien							

Umgebungsanamnese:

Hausstaubmilbensenkung der Wohnung? Nein Ja

milbendichter Matratzenbezug im Bett des Kindes - in allen Betten in denen das Kind regelmäßig schläft

nur feucht wischbare Böden, Teppichböden gegebenenfalls entfernen

andere Maßnahmen: _____

Haben Sie jetzt (oder hatten Sie früher) **Haustiere**? Nein

ja, und zwar: _____

Welche Symptome treten auf? _____

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

ja, und zwar: _____

Welche Symptome treten auf? _____

Welches Familienmitglied raucht wie viel Zigaretten/ Nikotin täglich? _____

Sozialanamnese:

Welche **Schule / Kindergarten** besucht Ihr Kind? _____

Klasse: _____

Gibt es **Probleme im Kindergarten / Schule**? nein

ja _____

Gibt es **Probleme in der Familie**? nein

ja _____

Macht Ihr Kind Sport? nein regelmäßig unregelmäßig

Welche Sportarten betreibt Ihr Kind? _____

Welche Hobbys hat Ihr Kind sonst noch? _____

Vorgeschichte /Eigenanamnese:

Gab es **Probleme bei der Geburt** Ihres Kindes? Wenn ja, welche: _____

Nein

War Ihr Kind nach der **Geburt beatmet**? Nein

ja, ___Tage mit Komplikationen (Pneumothorax/ Lungenriss, BPD):

Welche: _____

War Ihr Kind ein **Frühgeborenes /hatte es andere angeborene Probleme**? Nein

ja, geboren in der ___ Schwangerschaftswoche,

ohne Komplikationen

mit Komplikationen

Leidet Ihr Kind an **chronischen Krankheiten / Verhaltensauffälligkeiten außerhalb des Vorstellunggrundes**? Nein

ja, und zwar: _____

Tic-Störung

AD(H)S

Lernstörungen

Verhaltensauffälligkeiten

Krankengeschichte:

Welche/r **Ärztin/Arzt** hat Sie überwiesen, bzw. wer ist Ihr Kinder- und Jugendarzt/Hausarzt?
(Diagnose/Verdachtsdiagnose des überweisenden Arztes)

Wegen welcher **Beschwerden** sind Sie zu uns gekommen?
(Vorstellungsgrund aus Sicht der Eltern)

Seit wann hat Ihr Kind diese Beschwerden?

Welche **Symptome weist Ihr Kind häufig / deutlich öfter wie Gleichaltrige auf**?

häufiges bis ständiges Husten oder Hüsteln

häufig Reizhusten, Heiserkeit oder ständiges Räuspern

heftige Hustenanfälle

pfeifendes Atemgeräusch

rascher ermüdbar bei körperlicher Anstrengung im Vergleich zu Gleichaltrigen

keuchende Atmung/ Atemnot

Hustet, schwitzt mehr als früher wenn es sich anstrengt / rennt

Luftnot, z.B. bei körperlicher Belastung

Wurden **folgende Diagnosen** bereits wiederholt gestellt?

- Asthma bronchiale wann? _____
- häufig obstruktive/spastische Bronchitis wann? _____
- häufig Pseudokrapp-Anfälle wann? _____
- Hyperventilation wann? _____
- Sonstiges: _____

Ist es durch die Beschwerden Ihres Kindes häufiger **zu Störungen der Nachtruhe gekommen?**

- Nein
- ja, und zwar in Nächten ____ (Anzahl angeben) in den letzten sechs Monaten.

Kommt ihr Kind wegen der Beschwerden häufiger den **Kindergarten/Schule nicht besuchen?**

- Nein
- ja, und an Tagen ____ (Anzahl angeben) in den letzten sechs Monaten.

Wie oft kam es zu einer **stationären Notfallbehandlung** in den letzten zwölf Monaten? ____ mal.

Wie oft kam es zu einer **ambulanten Notfallbehandlung** in den letzten zwölf Monaten? ____ mal.

Wie häufig bestehen diese genannten 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?

Auslöser: treten die Beschwerden Ihres Kindes unter bestimmten Umständen verstärkt auf?

- morgens abends nachts nur am Tage
- Frühjahr Sommer Herbst Winter
- besonders in den Monaten: _____
- besonders beim Flug folgender Pollen/ in den Monaten: _____

- während/nach körperlicher Belastung/Sport regelmäßig Sport
- Sportart: _____
- bei Kontakt zu Tabakrauch – wer raucht? _____
- bei Aufregung/beim Streiten/beim Lachen
- bei Kontakt zu Hausstaub (Kissenschlacht, Übernachtung in einem alten Federbett, Hausputz, beim Staubsaugen)
- bei Tierkontakten und zwar in welcher Situation: _____
- _____
- nach Genuss folgender Nahrungsmittel: _____
- _____
- beifolgenden anderen Auslöser: _____
- _____

- Bestehen weitere **Beschwerden an Ohren/Nase/Augen**? Nein Ja
- Schnupfen – ungewöhnlich lang anhaltende oder nicht im Rahmen von Infekten-
vornehmlich in welchen Monaten?
- häufig Mittelohrentzündung
- häufige Niesattacken oder ständiger Fließschnupfen
- Kind atmet im Schlaf durch den Mund Nase
- mit Schnarch-Geräuschen mit Atempausen bei normaler Schlafdauer unausgeruht
- juckende/tränende/geschwollene Augen
- HNO-ärztliche Untersuchung/Operation (wann/ welche?)
- Mandel- Tonsillen-OP Polypen/ Adenoide, Paukenröhrchen
- andere: _____
- _____

Seit wann: _____

Auslöser: treten die Beschwerden Ihres Kindes unter bestimmten Umständen verstärkt auf?

- Frühjahr Sommer Herbst Winter
- besonders beim Flug folgender Pollen/ in den Monaten: _____
- _____
- bei Kontakt zu Tabakrauch – wer raucht? _____
- bei Kontakt zu Hausstaub (Kissenschlacht, Übernachtung in einem alten Federbett, Hausputz, beim Staubsaugen)
- bei Tierkontakten und zwar in welcher Situation: _____
- nach Genuss folgender Nahrungsmittel: _____
- _____
- beifolgenden anderen Auslöser: _____
- _____

Bestehen oder bestanden früher **Hautbeschwerden**? Nein

- häufiger Juckreiz Ekzeme, Neurodermitis Nesselausschlag/Urtikaria

Seit wann: _____

Auslöser: treten die Beschwerden Ihres Kindes unter bestimmten Umständen verstärkt auf?

Frühjahr Sommer Herbst Winter

bei Kontakt zu Hausstaub (Kissenschlacht, Übernachtung in einem alten Federbett, Hausputz, beim Staubsaugen)

bei Tierkontakten und zwar in welcher Situation: _____

nach Genuss folgender Nahrungsmittel: _____

beifolgenden anderen Auslöser: _____

Bestehen **Beschwerden im Mundbereich nach Genuss bestimmter Nahrungsmittel?**

Nein

Ja

Falls ja, nach welchen? _____

Ausschlag um den Mund herum

Lippenschwellung

Juckreiz am Gaumen

Heiserkeit, Husten oder Atemnot

Seit wann? _____

Bestehen **Beschwerden am Magen oder Darm?** Nein

Ja

schlechtes Gedeihen

chronische Durchfälle

wiederholtes Erbrechen

Seit wann? _____

Auslöser: treten die Beschwerden Ihres Kindes unter bestimmten Umständen verstärkt auf?

Nein Ja

nach Genuss folgender Nahrungsmittel: _____

beifolgenden anderen Auslöser: _____

Welche **Untersuchungen** wurden durchgeführt?

Röntgenaufnahme der Lunge nein

ja, wann/wo? _____

Der Befund war unauffällig Lungenentzündung/Bronchitis.

Es zeigte sich folgender Befund: _____

Lungenfunktionsprüfung nein

ja, wann/wo? _____

Der Befund war unauffällig Es bestand eine eingeschränkte Lungenfunktion.

Allergietest nein

Ja

Hauttest

Bluttest

wann/wo? _____

Es war keine Sensibilisierung nachweisbar

Es besteht eine Sensibilisierung gegenüber:

Pollen, Hausstaubmilben, Tierhaare, Schimmelpilzen,

Sonstiges: _____

Nahrungsmitteln, und zwar: _____

Therapie der Beschwerden:

Hat Ihr Kind jemals mit Cortisonpräparaten inhaliert? Ja Nein

War schon einmal die Gabe von Cortisonzäpfchen oder-Tabletten nötig?

(z.B. Rectodelt, Infectocortikrupp, Decortin, Predni-) Ja Nein

Haben Sie einen Feucht-Inhalator (z. B. Pari-boy®)? Ja Nein

Benutzt Ihr Kind den Pari-boy effektiv? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Inhalierhilfe? Ja Nein

Welche?

Aerochamber Vortex Babyhaler andere? _____

Wenn ja, welche? Bitte tragen Sie die Medikamente Ihres Kindes mit Dosierung in die unten aufgeführte Tabelle ein.

Pos.	Name	Stärke	Häufigkeit der Einnahme	Seit wann?	Applikationsform	Mit Inhalierhilfe?
Bsp.	Miflonide	400	1-0-1	März 2007	Pulver	keine

Hyposensibilisierungen? (Von-bis? Wogegen)? nein

Ja: _____

Reha-Kuren? (Wann/wo?) _____ nein

Ja: _____

Andere Maßnahmen Nein

Ernährungsumstellung, Homöopathie Bio Resonanz Eigenblut,

Akupunktur, Osteopathie andere _____

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, was nicht abgefragt wurde?:

Vor- und Nachname des Patienten:

Geburtsdatum des Patienten:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die Anmeldung des Kindes nach Information und mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgt und entbinden unser Praxisteam von seiner Schweigepflicht und erklären sich damit einverstanden, dass wir, falls erforderlich Befunde oder Berichte von vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern, Kindergärten, Schulen und Beratungsstellen einholen können.

Datum _____ Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die ausgehängten Informationen zur DSGVO lesen konnte.

Bitte bringen Sie zu Ihrem vereinbarten Untersuchungstermin den ausgefüllten Fragenbogen, das gelbe Vorsorgeheft und den Impfpass Ihres Kindes mit!

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe!

Dr. med. Katharina Laska und Kristina Eising