



Liebe Eltern

Sie werden mit Ihrem Kind (Name) _____ zur Lungenfunktionsdiagnostik zu uns kommen. Um die Untersuchung optimal planen zu können, möchten wir Sie bitten diesen Fragebogen auszufüllen und zum Vorstellungstermin mitzubringen. Ihr Kind sollte zum Termin Sportbekleidung/ Turnschuhe tragen, Sie sollten alle Medikamente, die ihr Kind erhält und Testergebnisse (z.B. Allergietest) mitbringen. Bitte planen Sie circa 1 Stunde für die Untersuchung/Beratung ein.

Welche Beschwerden hat ihr Kind?

Husten pfeifende Atmung Kurzatmigkeit Atemnot Asthmaanfall

Wie häufig treten die Beschwerden auf?

mehrmals pro Woche mehrmals pro Monat mehrmals pro Jahr

Wie lange kann ihr Kind ohne Beschwerden sein?

länger als einen Monat länger als 2 Monate länger als ein ¼ Jahr

Wann begannen die Beschwerden?

im Säuglingsalter im Kleinkindalter mit _____ Jahren

Gibt es tageszeitliche Schwankungen der Beschwerden?

vorwiegend tagsüber vorwiegend nachts unabhängig von der Tageszeit

Gibt es jahreszeitliche Schwankungen? Die Beschwerden treten vor allem im ... auf:

im Winter im Frühling im Sommer im Herbst im Jahresverlauf gleichbleibend

Gibt es Auslöser für die Beschwerden?

Infekte Sport Tierkontakt Stress Aufenthalt im Freien

Hatte ihr Kind schon einmal eine:

Lungenentzündung Bronchitis Krankenhausaufenthalt wegen Atemwegsbeschwerden

Wie häufig fehlt ihr Kind wegen seiner Erkrankung im Kindergarten/ in der Schule:

mehrmals im Monat mehrmals im Halbjahr mehrmals im Jahr

Wurden bei Ihrem Kind wegen Atemwegserkrankungen schon spezielle Untersuchungen durchgeführt, wenn ja wann?

Allergietest Lungenfunktion Röntgen Schweißtest Ergebnis: _____



Haben sie schon an einer Asthmaschulung teilgenommen?

nein ja: wann/wo _____

Wie gut fühlen Sie sich über die Erkrankung informiert?

sehr gut gut kaum weiß nicht

Welche Medikamente (einschl. Inhalationen), wie oft am Tag und seit wann nimmt Ihr Kind ein?

Dauertherapie: _____

Bedarfstherapie bei akuten Beschwerden: _____

Wie oft wurde die Bedarfstherapie pro Woche eingesetzt: _____

Medikamente z.B. vor Sport/ bei Allergie: _____

Welches Inhaliersystem benutzt ihr Kind?

Pari Boy Dosieraerosol Spacer (Vortex, Aerochamber) Sonstiges: _____

Nutzt Ihr Kind den Peak Flowmeter?

regelmäßig selten kenne ich nicht

Hat Ihr Kind noch andere Erkrankungen?

Neurodermitis Heuschnupfen Nahrungsmittelallergien Anderes: _____

Hat in Ihrer Familie jemand anderes Erkrankungen, die die Atemwege/Allergien betreffen?

Mutter: _____ Vater: _____

Geschwister: _____ weitere Verwandte: _____

Leben Haustiere in der Familie?

Ja, welche: _____ nein

Gibt es Raucher in der Familie: ja nein

Wie ist die Beschaffenheit des Bettes Ihres Kindes?

Federkissen/Zudecke waschbare Kopfkissen/Zudecke milbenundurchlässige Bezüge

Gibt es Stofftiere im Bett? ja nein

Gibt es Teppichboden im Kinderzimmer? ja nein

Danke für ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam Dres. Ihm & Uhlig