

Dres. med. Eric Fischer / Marius Schumacher

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunktpraxis Kinderpneumologie

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung des geplanten Sprechstundentermins möchten wir Sie bitten sich kurz Zeit zu nehmen und untenstehende Fragen zu beantworten.

Bringen Sie diesen Fragebogen bitte ausgefüllt zum vereinbarten Termin mit.

Name, Vorname Ihres Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Geburt:

Sauerstoffpflichtigkeit nach Geburt ja nein

Beatmung oder Atemhilfe nach der Geburt ja nein

Wurde ihr Kind schon einmal stationär (im Krankenhaus) behandelt? ja nein

Wann?

Warum?

Hatte ihr Kind schon einmal eine Lungenentzündung? ja nein

wenn ja, wann:

gesichert mit Röntgenbild: ja nein

behandelt mit Antibiotika: ja nein

Impfungen:

haben Sie Ihr Kind impfen lassen? ja nein

alle (nach STIKO) unvollständig

Gab es Komplikationen bei den Impfungen? ja nein

Allergien:

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? ja nein

Welche?

Beschwerden?

Ist bereits eine Hyposensibilisierung durchgeführt worden? ja nein

Wann?

Wogegen?

Neurodermitis? ja nein

Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten? ja nein

Welche Symptome?

Hustet ihr Kind aktuell? ja nein

Seit wann hustet ihr Kind durchgehend?

- < 3 Wochen
- 3-8 Wochen
- > 8 Wochen

Gehäufte Infekte? ja nein
seit wann?

Wann hustet ihr Kind?

- Herbst/Winter
- Frühjahr
- das ganze Jahr

Längste beschwerdefreie Zeit:

____Tage ____Wochen ____Monate keine beschwerdefreie Zeit

Zu welcher Tageszeit hustet ihr Kind hauptsächlich?

tagsüber nachts morgens durchgehend/immer gleich

Gibt es Auslöser für den Husten?

körperliche Belastung Trinken/Essen Kälte mein Kind hustet auch in Ruhe
andere Auslöser _____

Hustencharakter: trocken feucht/brodelnd bellend

Auswurf/Sputum: klar gelb grün kein Auswurf sichtbar

Begleitsymptome des Hustens:

Atemnebengeräusche (z.B. Pfeifen):	immer <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	nie <input type="radio"/>
erschwerte Atmung:	immer <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	nie <input type="radio"/>
Fieber:	immer <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	nie <input type="radio"/>
Schnupfen:	immer <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	nie <input type="radio"/>
Augenjucken, Niesen:	immer <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	nie <input type="radio"/>
Mittelohrentzündungen:	immer <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	nie <input type="radio"/>

Bisher durchgeführte Untersuchungen?

Röntgen-Bild der Lunge ja nein
wann? _____ wo? _____
Schichtaufnahme der Lunge (CT) ja nein

wann? _____ wo? _____

Schweißtest ja nein

wann? _____ wo? _____

Allergietest ja nein

wann? _____ wo? _____

Lungenfunktion ja nein wann?

_____ wo? _____

andere, welche?

Wird in der Familie geraucht? ja nein

Haben Sie Haustiere? ja nein

Welche?

Hatte ihr Kind Kontakt zu Tuberkulose? ja nein

Familie:

Gibt es bei einem Familienmitglied eine der folgenden Erkrankungen?

	Heuschnupfen	Asthma	Neurodermitis	Lungenerkrankung	Sonstiges
Kindsmutter	<input type="radio"/>				
Kindsvater	<input type="radio"/>				
Geschwister	<input type="radio"/>				

Musste ihr Kind in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente einnehmen? ja nein

welche?

Inhalation mit:

Antibiotikum:

Andere:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!