

# Pneumologischer Fragebogen für Kinder ab 5 Jahren

Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährungsmedizin  
Pädiatrische Pneumologie und Allergologie  
Kinder- und Jugendgynäkologie  
Neonatologie

Dr. med. Wolfgang Landendörfer  
Dr. med. Sonja Pirner  
Dr. med. Marcia Mirgel  
Dr. med. Isabel Wormit-Frenzel  
Dr. med. Sarah Merkel  
Dr. med. Marlon Kain

Ostendstr.229-231  
90482 Nürnberg

Tel. 0911 541626

Fax 0911 8156950

Mail: pneumo-allergo@dr-landendoerfer.de



Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den Fragebogen, soweit Ihnen dies möglich ist, aus und senden Sie ihn an uns zurück. **Bitte senden Sie auch bereits vorhandene Befunde (z.B. Allergiediagnostik) und Arztberichte (z.B. über stationäre Aufenthalte) schon im Vorfeld an uns zusammen mit dem Fragebogen zu.** Wenn Ihr Kind **Medikamente** nimmt oder ein **Notfall-Set** besitzt, bringen Sie diese bitte zum Termin mit.

**Wichtig:** Nach Erhalt der Unterlagen melden wir uns bei Ihnen mit einem Terminvorschlag. Dies ist notwendig um die optimale Diagnostik für Ihr Kind planen zu können.

## Patientendaten:

Bogen ausgefüllt von (Mutter, Vater, ...): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Name des Kindes :	Vorname des Kindes:	Geburtstag:	Alter:
Name, Vorname der Eltern			
Adresse (Straße, PLZ, Ort):			
Telefon:	E-Mail:	Versicherung	
Bekannte Diagnosen (ggf. Vorbefunde, Arztberichte beilegen)			
<input type="checkbox"/> Überweisung durch Kinderarzt beifügen (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Vorstellung auf eigenen Wunsch			
Name Kinderarzt/Hausarzt: _____			

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

**Beschreiben Sie, was der Grund Ihrer Vorstellung bei uns ist**

Beschwerden		
<input type="checkbox"/> Husten	Charakter (z.B. trocken, brodelig, bellend)	
<input type="checkbox"/> Pfeifende / gierende Atmung	<input type="checkbox"/> Angestrenzte / schnelle Atmung	<input type="checkbox"/> Andere Atemgeräusche (bitte beschreiben)
Auftreten der Atemgeräusche bei:	<input type="checkbox"/> Einatmung <input type="checkbox"/> Ausatmung	Versuchen Sie die Geräusche zu beschreiben

**Hinweis:** gerne Video/Tonaufnahmen z.B. vom Handy mitbringen!

<input type="checkbox"/> Räuspern/Hüsteln	<input type="checkbox"/> Heiserkeit	<input type="checkbox"/> chronischer Schnupfen
<input type="checkbox"/> Schnarchen	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Husten/Erbrechen beim Essen
Wann sind diese Beschwerden zuerst aufgetreten (z.B. Herbst 2020)?	Bitte ggf. einzeln auflisten	
Musste Ihr Kind schon einmal Antibiotika einnehmen?	Wenn ja -> wann und warum?	

**Ausprägung und Auslöser der Beschwerden:**

Beschwerden -> wie oft? über welchen Zeitraum? zu welchen Tageszeiten?	Beispiel: z.B. Husten, etwa eine halbe Stunde, jeden Morgen
Beschwerden zu bestimmten Jahreszeiten?	<input type="checkbox"/> Frühjahr <input type="checkbox"/> Sommer <input type="checkbox"/> Herbst <input type="checkbox"/> Winter
Beschwerden bei Anstrengung?	Bitte beschreiben
Beschwerden auch in Ruhe?	Bitte beschreiben
Beschwerden nachts?	Bitte beschreiben

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

Wie schätzen sie die körperliche Belastbarkeit ihres Kindes ein?

keine Einschränkung     geringe     mittlere     große Einschränkung

Was stoppt ihr Kind? (z.B. Husten/Atemnot, Pfeifen, weiß nichts, anderes):

---

Lösen weitere Umstände Beschwerden aus?

z.B. **Infekte**, Kontakt zu Tieren, „Pollen“ wie Gräser/Bäume, Stress, nebliges Wetter, Kälte, Rauch, Nahrungsmittel, Medikamente, kalte Getränke, anderes:

---

Hat ihr Kind folgende Beschwerden:

Niesen     Nasenjucken     laufende Nase ohne Infekte     Augenjucken

Wenn ja, wann (in welchen Monaten) treten diese Beschwerden auf? Wacht ihr Kind damit auf?

---

Ist bei Ihrem Kind die Diagnose „Heuschnupfen“, allergischer Schnupfen gestellt worden?

Ja     Nein

Wurde schon/wird eine „Hyposensibilisierung“ durchgeführt?

Nein     Ja, Präparat und Zeitraum: \_\_\_\_\_

Sind Nahrungsmittelallergien bekannt oder werden vermutet? Wenn ja, folgende:

---

Hatte ihr Kind jemals Hautprobleme wie trockene Haut, Neurodermitis:     Ja     Nein

Wenn ja bestehen aktuell noch Beschwerden?     Ja     Nein

Musste ihr Kind wegen der Beschwerden jemals in einer Notfallambulanz oder stationär in einer Klinik behandelt werden?     Ja     Nein,    Wenn ja, Ort und Datum:

---

---

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

### Medikamente

Nimmt Ihr Kind Medikamente aufgrund dieser Beschwerden?  Ja  Nein

Wenn ja welche, genaue Bezeichnung, aktuelle Dosierung: *(Bitte bringen Sie sämtliche Medikamente und Inhalationshilfen mit!)*

*z.B. Salbutamol Dosieraerosol 2 Hub bei Bedarf, oder NaCl 0,9% Feuchtinhalation 4 ml über Pariboy*

---

---

Wie geht es Ihrem Kind mit dieser Medikation?

Es ist beschwerdefrei  es hat manchmal Beschwerden  keine Besserung

Sind früher einmal andere Medikamente gegeben worden?  Ja  Nein

Wenn ja welche, beendet wann und warum?

*z.B. Flutide mite 2 x 1 Hub, beendet im Dezember 2021, keine Beschwerden mehr*

---

---

### Bisherige Untersuchungen:

*(Bitte fügen sie vorhandene Berichte der Kollegen/Arztbriefe der Kliniken bei).*

Ist aufgrund der Beschwerden bereits eine der folgenden Untersuchungen erfolgt:

Röntgenbild  Allergietest (auf der Haut/im Blut)  Schweißtest  Lungenfunktion

Wenn ja, Ort und Datum, weitere Untersuchungen:

---

---

*(Bitte bringen sie vorhandene Bilder wie Röntgen auf DVD/CD mit, Befunde bitte vorab an uns).*

### **Weitere Vorgeschichte:**

Ist Ihr Kind zu früh auf die Welt gekommen, gab es nach der Geburt Komplikationen insbesondere mit der Atmung:

Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten bei Vorsorgeuntersuchung, weitere medizinische Erkrankungen (muskuläre Erkrankungen, Epilepsie, Diabetes, Übergewicht, Operationen, anderes):

---

---

Nimmt ihr Kind weitere Medikamente ein?  Ja  Nein

Welche? *(Name des Präparats, Dosierung und Grund der Einnahme):*

---

---

Hat ihr Kind die Regelimpfungen erhalten?  Ja  Nein

Wenn nein, welche fehlen und warum?

---

---

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

**Das Umfeld unseres Kindes:**

Geschwister (Geschlecht und Alter):

\_\_\_\_\_

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Das Kind lebt bei und Sorgerecht liegt bei: *(Beiden Eltern, einem Elternteil, Pflegefamilie):*

\_\_\_\_\_

Hat jemand in der Familie Asthma, eine Allergie, Neurodermitis?  Ja  Nein  
Wer und was genau?

\_\_\_\_\_

Weitere chronische Erkrankungen oder Erbkrankheiten in der Familie?  Ja  Nein  
Welche Erkrankung, Wer ist betroffen?

\_\_\_\_\_

Halten Sie Haustiere/Nutztiere?  Ja  Nein Wenn ja welche?

\_\_\_\_\_

Raucht jemand zu Hause?  Ja  Nein Wenn ja wer und wo?

\_\_\_\_\_

Besteht sichtbarer Schimmelpilz in den Wohnräumen?  Ja  Nein

Macht ihr Kind Sport?  Nein  Ja (z.B. Fußball im Verein): \_\_\_\_\_

Welche Schulform/Klasse besucht ihr Kind: \_\_\_\_\_

Wie kommt ihr Kind zurecht (Notendurchschnitt, geht gerne hin)?:

\_\_\_\_\_

Führen die Beschwerden ihres Kindes zu Fehlzeiten?

Nein  Ja, wie oft: \_\_\_\_\_

Gab es psychisch belastende Ereignisse für das Kind in der letzten Zeit? (z.B. Umzug, Scheidung, Tod, Krankheit)

\_\_\_\_\_

Bitte tragen Sie hier Weiteres ein, das Sie uns mitteilen möchten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_