

Pneumologischer Fragebogen für Kinder unter 5 Jahren

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

Dr. med. Sonja Pirner
 Dr. med. Marcia Mirgel
 Dr. med. Isabel Wormit-Frenzel
 Dr. med. Wolfgang Landendörfer
 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 / gie-mende Atmung	<input type="checkbox"/> Angestrenzte / schnelle Atmung	<input type="checkbox"/> Andere Atemgeräusche (bitte beschreiben)
Auftreten der Atem-geräusche 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"/> Schnarchen	<input type="checkbox"/> chronischer Schnupfen
<input type="checkbox"/> Husten/Erbrechen <u>beim</u> Essen	<input type="checkbox"/> Erbrechen <u>nach</u> dem Essen	<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündungen Wie oft? ->	
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?

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:

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

Name des Kindes _____

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:

In welcher Schwangerschaftswoche ist ihr Kind zur Welt gekommen?

Geburtsgewicht und Länge:

Gab es nach der Geburt Komplikationen insbesondere mit der Atmung:

Nein Ja: _____

Gab es Auffälligkeiten in der bisherigen Entwicklung?

Nein Ja: _____

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

Besucht ihr Kind eine: KiTa, Kindergarten, andere Betreuung wie Tagesmutter, welche und seit wann?

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:
