

Dr.med. Andrea Hennig

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Kinderpneumologie

Ringstr. 61

03159 Döbern

Tel.: 035600/6532

Fax: 035600/239003

dra.hennig@googlemail.com

Fragebogen zur Anamnese in der Kinderpneumologischen Praxis

Name:

Vorname :

Geb.:

1. Wer füllt den Fragebogen aus ? - bitte ankreuzen
Mutter Vater Patient selbst jemand anderes (wer?)
2. Welche aktuellen Beschwerden sind der Grund für den Arztbesuch ?
3. In welchen Alter sind die ersten Beschwerden aufgetreten, seit wie vielen Jahren oder Monaten bestehen die Beschwerden?
4. Gab es Atemwegsprobleme oder andere Erkrankungen in der Neugeborenen- und Säuglingszeit ?- wenn ja, welche ?
5. Gab es Probleme mit Ernährung und Kostaufbau in der Säuglingszeit? (z.B. Milchunverträglichkeit)
Gedeihprobleme in der Säuglingszeit ?
Wurden Spezialnahrungen verabreicht ?- wenn ja , welche ?

6. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen?(bitte ankreuzen)

Bronchitis	seit	bis
Krupphusten	seit	bis
Milchschorf, Ekzem, Neurodermitis	seit	bis
Atemnot, „Asthma“ , erschwertes Atmen	seit	bis
Husten, Reizhusten	seit	bis
Husten auch außerhalb akuter Erkrankungen, sog. „Dauerhusten“	seit	bis
Heuschnupfen, häufiger Schnupfen	seit	bis
	Bestimmte Jahreszeit?	
Behinderte Nasenatmung, Stockschnupfen	seit	bis
Kieferhöhlen-Stirnhöhlenentzündung	seit	bis
Augentränen, Augenjucken	seit	bis
	Bestimmte Jahreszeit ?	
Schwellungen von Augenpartien, Augenlidern?	Seit wann ?	
	Bestimmte Jahreszeit?	
Hautquaddeln, „Nesselausschlag“	wann ?	
Schwellung, Juckreiz von Gaumen und Rachen	wann ?	
	Nach bestimmten Lebensmitteln ?	
Kontaktekzem , Schmuckekzeme	seit	bis
Migräne, halbseitiger Kopfschmerz	seit	bis
Magen-Darmbeschwerden,Durchfallsneigung	seit	bis
Häufige fieberhafte Erkrankungen	seit	bis

7. Wann treten die Hauptbeschwerden auf ? – die am besten passende Antwort(en) ankreuzen

A: Die Beschwerden treten in bestimmten Jahreszeiten verstärkt auf :

Frühjahr Sommer Herbst Wintermonate

B: Die Beschwerden sind als Dauerbeschwerden während des ganzen Jahres vorhanden

C: Die Beschwerden treten in unregelmäßigen Abständen während des ganzen Jahres auf
(wie oft?)

1-4xpro Jahr

5-10xpro Jahr

häufiger als 10x pro Jahr

8. Treten die Beschwerden unter bestimmten Einflüssen verstärkt auf ?

- bitte ankreuzen od.beschreiben :

bei feuchtem Wetter, Nebel

bei Kontakt mit Rauch ,Zigarettenrauch

bei Tierkontakt- welche?

In der eigenen Wohnung

In anderen Wohnungen (Freunde,Verwandte):

Bei Pollenflug

Nach Genuss bestimmter Nahrungsmittel

Bei oder nach Körperlicher Belastung
Im Schulsport, z.B. Langstreckenläufe
Beschwerden in der Nacht (z.B. Reizhusten, Schnarchen)

9. Werden Tiere gehalten, wenn ja , welche ? wo? (Wohnung, Stall, Hof)

10. Wird in der Wohnung geraucht ?

11. Gibt es Probleme mit Feuchtigkeit oder Schimmelpilzbefall in der Wohnung?

12. Leidet oder litt ein Verwandter an Allergien, Atemwegs- oder Hautkrankheiten ?

Vater : Asthma/Bronchitis Allergie(z.B. Heuschnupfen) Hauterkrankung

Mutter: Asthma /Bronchitis Allergie(z.B. Heuschnupfen) Hautkrankheit

Bruder oder Schwester des Kindes, Großeltern mütterlicher-oder väterlicherseits ?

13. Gab es Krankenhausaufenthalte, wenn ja , aus welchem Grund ? wann?

Bitte , wenn möglich Krankenhausberichte mitbringen

14. Wurde eine Kur-oder Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt?

Wenn ja, wann und wo? Teilnahme an Schulungsmaßnahmen ?

15. Besteht zeitweilig eine völlige oder weitestgehende Beschwerdefreiheit?

A: nein, nie

B: ja, besonders gut geht es bei folgenden Gelegenheiten:

An der See

Im Hochgebirge

Bei Regen, Feuchtigkeit

Im Sommer

Im Winter

Andere Beobachtungen:

16. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente? - wenn ja, welche ?

17. Gab es stärkere Reaktionen nach Insektenstichen ? (Biene, Wespe, Mücken)

Wenn ja, welcher Art waren die Reaktionen ?

18. Welche möglichen Begleitsymptome der Erkrankung wurden beobachtet ?

- Bitte ankreuzen oder eigene Beobachtungen nennen

	ab und zu	öfter	fast ständig
• Müdigkeit			
• Abgeschlagenheit			
• Unruhe			
• Schlafprobleme			
• Eingeschränkte körperliche Belastbarkeit bei Sport u. Bewegung			
• Vermeidung von körperlicher Belastung			
• Schlechte Konzentration			
• Kopfschmerzen			
• Angst vor allergischen Reaktionen			

19. Ist bereits ein Allergietest durchgeführt worden ?

Wenn ja: wann

Welcher Arzt

Ergebnis ?

20. Wurde ein Schweißtest, eine sogenannte Iontophorese durchgeführt , wenn ja, bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus ?

21. Wurden Röntgenbilder oder CT-Aufnahmen der Lungen durchgeführt?

Wenn ja: wann

Welcher Arzt oder welches Krankenhaus

Wenn möglich, bitte Vorbefunde mitbringen !

22. Ist bereits eine Hyposensibilisierung durchgeführt worden ?

Wenn ja, wann und bei welchem Arzt , welches Allergen ?

23. Erfolgte oder erfolgt eine Mitbehandlung beim HNO-Arzt ? Wegen welcher Probleme?

- Rachenmandeln , sog. Adenoide
- Gaumenmandeln od.Tonsillen
- Nasennebenhöhlen
- Nasenscheidenwand, Nasenmuscheln
- Mittelohrentzündungen
- Andere

Wurden Operationen im HNO-Bereich durchgeführt oder sind diese geplant ?- wenn ja, welche :

24. Welche Ärzte wurden noch wegen der Erkrankung aufgesucht ?

- Hautarzt
- Kinderarzt
- Lungenarzt
- Heilpraktiker/Homöopathisch tätiger Arzt
- Andere:

25. Bitte schätzen Sie ein, wie stark die Lebensqualität Ihres Kindes durch die Erkrankung beeinträchtigt ist :

A: wenig oder nur ab und zu, der Alltagsablauf ist manchmal oder selten gestört

B: mittel oder mäßig, der Alltag ist doch öfter gestört -Kind fehlt öfter in Kita oder Schule, Sport kann öfter nicht richtig mitgemacht werden, zwischenzeitlich aber wieder Phasen der Besserung

C: schwer beeinträchtigt, aufgrund der fast ständigen Beschwerden selten normale Teilnahme am alterstypischen Alltag (Kita, Schule, Sport) möglich

26. Werden regelmäßig oder zeitweise Medikamente eingenommen ?

Bitte nennen Sie die Präparate, Dosierung , Häufigkeit der Anwendung , ggf. Inhalationstechnik

Vielen Dank für die Mitarbeit !

