



\$Vorname# \$Nachname#, geb. \$Gebdatum#

\$Druckdatum#

Asthma-Anamnesebogen

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Bogen ausgefüllt von: _____
ausgefüllt am: _____

Kinderarzt: _____
(für Arztbrief)

Wann haben erstmals Husten- oder Atemnotsymptome vorgelegen?
Im Alter von _____ (Monaten/Jahren) erstmals,
die aktuellen Beschwerden bestehen jetzt seit _____ (Tagen/Wochen/Monaten)

Wie oft traten obstruktive Bronchitiden im letzten Jahr auf? _____

Befand sich Ihr Kind wegen Atembeschwerden bereits in stationärer Behandlung?
 Ja nein
Wenn ja, wo? _____

Wurde Ihr Kind bereits an der Lunge geröntgt?
 Ja nein
Wenn ja, wo? _____ und wann? _____

Kann Ihr Kind sich gut körperlich belasten? Ja nein

Welche Hustenmedikamente hat Ihr Kind schon bekommen?
(z. B. Salbutamol, Spasmomucol, ...)

Hat Ihr Kind schon einmal inhaliert?

Ja nein

Wenn ja, womit?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja nein

Wenn ja, welche?

Budes/Budiar Salbutamol/Sultanol

Novopulmon Singulair

Flutide Viani

Sonstiges: _____

Die Beschwerden treten hauptsächlich auf

im Winter im Sommer nach Belastung nach Tierkontakt

Sonstiges _____

Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt?

Nein

Ja > wann? _____

> wo? _____

> mit welchem Ergebnis? _____

Mein Kind hat weitere Erkrankungen

Nein

Ja Neurodermitis/Ekzem

In der Familie des Kindes gibt es andere Personen mit allergischen Erkrankungen

Nein

Ja z.B. Neurodermitis bei _____

allergisches Asthma bei _____

Heuschnupfen bei _____

Sonstige Allergien bei _____

Wir haben Haustiere

Nein

Ja, und zwar _____

Mein Kind hat regelmäßig Kontakt zu weiteren Haustieren

(z.B. bei Großeltern, Tagesmutter, Freunden)

Nein

Ja, und zwar _____

Wurden bereits Haustiere abgeschafft?

Nein

Ja, und zwar _____

Wurden bereits Maßnahmen zur Hausstaubmilbensenkung durchgeführt?

Nein

Ja, und zwar _____

Raucht ein Familienmitglied?

Nein

Ja, und zwar _____

Wird innerhalb Ihrer Wohnung oder im Umfeld des Kindes (z.B. Tagesmutter, Großeltern, Freunden) geraucht?

Nein

Ja, und zwar _____

Welche Therapeuten haben Sie wegen der Beschwerden Ihres Kindes aufgesucht? Wie waren Sie mit der Behandlung zufrieden?

	sehr zufrieden	mittel zufrieden	wenig zufrieden
<input type="radio"/> Kinderarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Lungenfacharzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Allergologe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Hausarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Naturheilarzt/Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Heilpraktikerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Sonstige: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche weiteren Maßnahmen wurden wegen der Atembeschwerden mit welchem Ergebnis durchgeführt?

	sehr gut	gut	unverändert	schlechter
<input type="radio"/> Kuraufenthalte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Reha-Verfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Klimatherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Hyposensibilisierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Akkupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Entspannungsverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Bioresonanztherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> „alternative Medizin“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Sonstige, und zwar: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!
