



Liebe Eltern,

wir möchten uns ein genaueres Bild von der allergischen Erkrankung (z. B. obstruktiven Bronchitis/Asthma, Heuschnupfen, Milbenallergie, atopischen Dermatitis) Ihres Kindes machen. Sie können uns unterstützen, indem Sie die folgenden Fragen beantworten.

Entsprechend werden wir ggf. eine weitere Diagnostik oder eine (veränderte) Therapie vorschlagen und diese mit Ihnen besprechen.

Seit wann hat Ihr Kind Zeichen einer allergischen Erkrankung?

.....

Hat oder hatte Ihr Kind mehrere allergische Erkrankungen?

- Heuschnupfen
- „Neurodermitis“ (atopische Dermatitis)
- Asthma

Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen? Bitte ankreuzen!

- Nesselsucht, Quaddeln und Rötungen der Haut?
- Juckreiz der Lippen, Augen, im Rachen?
- Schwellung der Augen?
- Häufiger Schnupfen oder Niesen, verstopfte Nase?
- Häufiger trockener Husten, Pfeifen oder Röcheln in den Bronchien?
- Trockene, gerötete, juckende Haut (an welchen Körperstellen?)

.....

Vermuten Sie Zusammenhänge mit bestimmten Situationen? Beschwerden besonders...

- bei/nach Belastung oder Toben
- nachts
- drinnen
- draußen
- bei Tierkontakten (welche?)
- Haben Sie Haustiere? Nein
- Ja (welche?)
- in der Schule oder im Kindergarten
- bei Infekten
- durch Schimmelpilzbelastung im Haus
- durch Nahrungsmittel (welche?)
- andere:

.....

.....

.....

.....

Rauchen Sie? Bitte ankreuzen!

- | | | |
|--------|-----------------------------|-------------------------------|
| Mutter | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vater | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

VIELEN DANK!



Wie oft hatte Ihr Kind asthmatische Probleme im letzten Jahr (Pfeifen oder Luftnot)? Bitte ankreuzen!

- Gar nicht (andere Allergien)
- Seltener als alle 2 Monate
- Häufiger als alle 2 Monate
- Mehr als 1x/ Woche, auch nachts
- Täglich, häufig auch nachts

Sind diese Beschwerden jahreszeitlich gehäuft? Bitte die für Ihr Kind entsprechende Erkrankung ankreuzen!

	Asthma	Heuschnupfen	Neurodermitis
Frühjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Winter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ganzjährig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann hatte Ihr Kind zuletzt allergische Beschwerden?

Welche?

(Asthma, atopische Dermatitis, Heuschnupfen)

Wie beeinträchtigt sind die Beschwerden? Bitte ankreuzen!

- Angst
- Spiel wird unterbrochen
- Nur gering beeinträchtigt
- Beeinflussung von Wachstum und Entwicklung
- Nachtschlaf häufig gestört

Welche Medikamente/Cremes hat Ihr Kind bislang genommen?

1.	2.	3.	4.
---------	---------	---------	---------

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind z. Zt.?

Wann hat Ihr Kind wegen Asthma zuletzt zusätzlich mit einem Notfallspray / mit dem Pariboy mit bronchien-erweiternden Medikamenten inhaliert?

Mit welchem Medikament?

Wann zuletzt inhaliert?

Hat Ihr Kind...

ein Notfallspray?

Welches?

Ja

Nein

eine Notfalltablette/ -zäpfchen

Ja

Nein

Gibt es in Ihrer Familie allergische Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Mutter

Vater

Geschwisterkinder

VIELEN DANK!



ELTERNFRAGEBOGEN
ZU ASTHMA/ALLERGIEN



HOLGER THEEK
DR. D. BARTELHEIMER
UND DR. A. WAGENER
Fachärzte für Kinderheilkunde
und Jugendmedizin

Hat Ihr Kind bereits an einer Reha- / Kurmaßnahme teilgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und wo?

Hat Ihr Kind einen hausstaubmilbendichten Matratzenüberzug/ Bettwäsche?

Ja

Nein

Wie oft fehlte Ihr Kind wegen Asthma oder anderen Allergien im letzten Schuljahr/ Kindergarten?

..... Tage

Nimmt Ihr Kind regelmäßig am Sportunterricht teil?

Ja

Nein

Wenn nein:

An welchen sportlichen Aktivitäten kann Ihr Kind nicht teilnehmen?

Warum nicht?

Muss Ihr Kind vor dem Sport inhalieren?

Ja

Nein

Wenn ja, wie häufig?

Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?

ERGEBNIS

Haut-Prick-Test

Blut-Untersuchung (RAST)

Lungenfunktionstest

Röntgen-Untersuchung

Schweißtest

Andere, welche?

Welche Alternativverfahren haben Sie bereits kennen gelernt?
(z. B. Bioresonanz, Akupunktur, Homöopathie, Heilpraktiker)

.....

VIELEN DANK!