



Überweisende*r Kinderärzt*in:

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail:

1a. Geburtsauffälligkeiten? Frühgeborenes?
wenn ja: welche Schwangerschaftswoche?

Ja

Nein

nach der Geburt Atemprobleme?
wenn ja: welcher Art?

Ja

Nein

1b. Gibt es bei Verwandten **ersten** Grades (Eltern oder
Geschwister des/der Patienten/in) Erkrankungen wie Allergien, Asthma,
Heuschnupfen oder Neurodermitis?

Ja

Nein

wenn ja:

wer: _____ Beschwerden: _____

wer: _____ Beschwerden: _____

wer: _____ Beschwerden: _____

2. Welche Beschwerden hat ihr Kind?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Wie häufig sind die Beschwerden?

täglich etwa _____ Mal wöchentlich alle 2 Wochen jeden Monat

seltener

Wann hatte ihr Kind die Beschwerden zum letzten Mal?

3. Treten die Beschwerden unter bestimmten Umständen verstärkt auf?

tagsüber nachts beim Sport bei Erkältungen

bei Aufregung/Lachen

4. Bestehen weitere Beschwerden an den Atemwegen?

obstruktive Bronchitis Pseudokrupp Reizhusten Räuspern

Pfeifen Luftnot



5. Bestehen Beschwerden an Ohren/Nase/Hals?

- Mittelohrentzündung Niesattacken ständiger Schnupfen
 verstopfte Nase juckende/gerötete Augen HNO OP

6. Wurde bei Ihrem Kind bereits ein Allergietest durchgeführt? Ja Nein

wenn ja: Bluttest wann: _____ oder Hauttest wann: _____

Für welche Allergene zeigte der Test ein positives Ergebnis?

7. Wurden bereits spezielle Maßnahmen unternommen

wie z.B. Diät, Wohnungssanierung, Rauchverbot,
Abgabe von Haustieren o.ä.?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

8. Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Röntgenuntersuchung der Lunge durchgeführt?

Ja Nein

wenn ja, wo und wann: _____

9. Wurde bei Ihrem Kind bereits ein Schweißtest durchgeführt?

Ja Nein

wenn ja, wo und wann: _____

10. War ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus?

Ja Nein

Wenn ja, wann?

Und warum?

11. Leidet ihr Kind an chronischen Krankheiten?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

**12. Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente
(Inhalation und andere Medikamente)?**

Ja Nein

wenn ja, welche?

Medikament: _____ Dosis: _____ seit wann? _____

Medikament: _____ Dosis: _____ seit wann? _____

Medikament: _____ Dosis: _____ seit wann? _____



13. Welche Medikamente hat Ihr Kind früher bereits erhalten?

Medikament: _____ von wann bis wann? _____

Medikament: _____ von wann bis wann? _____

Medikament: _____ von wann bis wann? _____

14. Hat ihr Kind bereits mit Kortison inhaliert? Ja Nein

wenn ja, welches: _____

15. Musste bereits Kortison in Form von Saft, Zäpfchen Ja Nein

oder Tabletten genommen werden?

16. Haben Sie Haustiere? Ja Nein

wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind zu anderen Tieren regelmäßig Kontakt Ja Nein

wenn ja, zu welchen? _____

Wurden allergische Reaktionen auf Tiere beobachtet? Ja Nein

wenn ja, welche? _____

17. Hat ihr Kind Nahrungsmittelallergien? Ja Nein

wenn ja, welche? _____

wann kam es zu einer Reaktion?

Welche Reaktion trat auf?

18. Besitzt Ihr Kind hausstaubmilbendichte Bettbezüge Ja Nein
(Encasings)?

19. Rauchen Sie oder Ihr(e) Partner(in)? Ja Nein

wenn ja:

wie viel Zigaretten täglich rauchen Sie? _____

wie viele Zigaretten täglich raucht Ihr(e) Partner(in)? _____

20. Haben Sie / Ihr Kind bereits an einer Asthmaschulung Ja Nein

teilgenommen?



Bei Hautbeschwerden bitte auch folgende Fragen beantworten:

1. Seit wann hat ihr Kind Hautbeschwerden?

2. Welche Hautpartien waren in den letzten Monaten besonders betroffen?

- Kopfhaut Gesicht Hals/Nacken Achseln Arme
 Ellenbeugen Beine Kniekehlen Hände Brust
 Rücken Füße Genital

3. War der Verlauf der Beschwerden vor allem schubweise? Ja Nein

4. Wie stark ist der Juckreiz (im Durchschnitt) momentan?

Kein Juckreiz unerträglicher Juckreiz
0 ||| 10

5. Wie stark sind die Schlafstörungen (im Durchschnitt) momentan?

Keine unerträgliche
Schlafstörungen Schlafstörungen
0 ||| 10

6. Wurde ihr Kind gestillt? Ja Nein

7. Wann wurde die Beikost eingeführt?

8. Sind Nahrungsmittel Auslöser der Beschwerden? Ja Nein
Wenn ja, welche?

9. Gibt es Umstände, die zu einer Verstärkung der Symptome führen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Kontakt zu Tieren Pollen Tabakrauch Klima Infekte
 Stress Wasser Wolle Waschmittel/Seife

10. Haben Sie / Ihr Kind bereits an einer Neurodermitis- oder Anaphylaxieschulung teilgenommen? Ja Nein

11. Welche Cremes/Salben werden momentan verwendet und wie oft?