



Asthma – Elternfragebogen

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Ausfülldatum: _____

Welche Beschwerden hat Ihr Kind?

Hustenattacken pfeifende Atmung Kurzatmigkeit Asthmaanfall Atemnot

Wann begannen die Beschwerden?

im Säuglingsalter im Kleinkindalter mit _____ Jahren

Wie häufig treten die Beschwerden auf?

mehrmals pro Jahr mehrmals pro Monat mehrmals pro Woche

Wie lange kann Ihr Kind zwischenzeitlich ohne Beschwerden sein?

länger als 2 Monate länger als 1 Monat

Gibt es tageszeitliche Schwankungen der Beschwerden?

vorwiegend nachts vorwiegend tags unabhängig von der Tageszeit

Gibt es jahreszeitliche Schwankungen?

ja, besonders im Frühjahr ja, besonders im Sommer
 ja, besonders im Herbst im Jahresverlauf gleich bleibend

Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden aufgefallen?

körperliche Belastung Infekte Stress Tierkontakt Aufenthalt im Freien

Versuchen Sie bitte, den Schweregrad der Erkrankung Ihres Kindes auf einer Skala von 1 (= leicht) bis 10 (= sehr schwer) einzuschätzen. Wenn möglich, durch jedes Familienmitglied einzeln!

1 10 Mutter

1 10 Vater

1 10 Kind

Wie häufig waren bisher wegen der Atemwegserkrankung Krankenhausaufenthalte erforderlich?

einmal weniger als 5-mal mehr als 5-mal nie

Wie häufig fehlt Ihr Kind wegen seiner Erkrankung in der Schule / im Kindergarten?

mehrmals pro Monat mehrmals im Halbjahr mehrmals im Jahr

Wurden bei Ihrem Kind wegen der Atemwegserkrankung bisher schon spezielle Untersuchungen durchgeführt?

Blutentnahme Hauttest Lungenfunktionsprüfung Röntgenaufnahme

Wenn ja, wann zuletzt? _____

Wir bringen die Ergebnisse mit.

Die Ergebnisse können erfragt werden bei: _____



Haben Sie schon an einer Asthmaschulung teilgenommen? Ja Nein

Wie gut fühlen Sie sich über die Erkrankung Ihres Kindes durch Ärztinnen/Ärzte, Pflegekräfte, Bücher, Internet informiert?

sehr gut gut kaum weiß nicht

Welche Medikamente (einschließlich Inhalation) nimmt ihr Kind, wie oft am Tag und seit wann?

Dauertherapie: _____

Kurzzeitige Therapie bei Beschwerden: _____

Wie oft nötig? _____

Medikamente vor Sport: _____

Welches Inhaliersystem nutzen Sie?

Pariboy Dosieraerosol Babyhaler Volumatic Turbohaler Spacer
 Aerochamber Novohaler kenne den Namen nicht

Wie häufig kommt es wegen des Inhalierens zu Auseinandersetzungen in der Familie?

sehr häufig häufig manchmal selten nie

Nutzen Sie ein Peak-flow Meter?

regelmäßig selten kenne ich nicht

Hat Ihr Kind noch andere Erkrankungen?

Neurodermitis Heuschnupfen Nahrungsmittelallergie gegen: _____

Anderes: _____

Hat jemand in Ihrer Familie Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis oder eine Nahrungsmittelallergie, wenn ja, was?

Vater: _____ Mutter: _____

Geschwister: _____ weitere Verwandte: _____

Gibt es Haustier in der Familie, hat Ihr Kind Kontakt zu Tieren? Ja Nein

Gibt es Raucher in der Familie? Ja Nein

Wie ist die Beschaffenheit des Bettes Ihres Kindes?

Federkissen/Federzudecke waschbares Kopfkissen/Zudecke
 milbenundurchlässiger Matratzenüberzug

Gibt es Stofftiere im Bett? Ja Nein

Gibt es Teppichboden im Kinderzimmer? Ja Nein