

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um uns folgende Fragen zu beantworten.
Sie erleichtern uns so die Suche nach möglichen Erkrankungen bei Ihrem Kind.
Fragen können Sie gern während des ärztlichen Aufnahmegespräches stellen.
Vielen Dank für Ihre Mühe

A N A M N E S E

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Kinderarzt: _____

Angaben zur Vorerkrankung:

Leidet Ihr Kind unter häufigem Husten?	Ja 0	Nein 0
Morgens beim Aufstehen?	Ja 0	Nein 0
Nachts?	Ja 0	Nein 0
Bei Erkältungen?	Ja 0	Nein 0
Beim Sport?	Ja 0	Nein 0
Bei Kälte?	Ja 0	Nein 0
Zu einer bestimmten Jahreszeit?	Ja 0	Nein 0
In Stresssituationen oder bei Aufregung?	Ja 0	Nein 0
Ist der Husten trocken?	Ja 0	Nein 0
Ist der Husten mit Auswurf?	Ja 0	Nein 0
Leidet ihr Kind unter häufigen Lungenentzündungen?	Ja 0	Nein 0
Hat ihr Kind schon einmal unter einem sogenannten obstruktiven oder spastischen Bronchitis gelitten?	Ja 0	Nein 0

Wenn Sie eine dieser Fragen mit „ja“ beantwortet haben:
Seit wann bestehen diese Beschwerden?

Wie häufig hat Ihr Kind bereits darunter gelitten?

Kommt ihr Kind beim Spielen/Sport schneller
„außer Puste“ als andere Kinder? Ja 0 Nein 0

Hat ihr Kind wegen Husten/Asthma breites eine
Therapie (Inhalation etc.) erhalten? Ja 0 Nein 0

Wenn ja, welche: _____

Welche Medikamente werden aktuell eingenommen?

Ist bei Ihrem Kind eine Neurodermitis bekannt? Ja 0 Nein 0

Wenn ja, durch welche Auslöser verschlechtert sich Haut?

Bestimmt Kleidung: Ja 0 Nein 0

Stress? Ja 0 Nein 0

Infekte? Ja 0 Nein 0

Nahrungsmittel Ja 0 Nein 0

Wenn ja, welche: _____

Sind Allergien bekannt Ja 0 Nein 0

Wenn ja, welche: _____

Tritt bei Ihrem Kind allergischer Schnupfen auf? Ja 0 Nein 0

Zu einer bestimmten Jahreszeit? _____

Beim Staub (sauber machen etc.) _____

Bei Kontakt mit Tieren? _____

Haben Sie Federbetten/-Kissen? Ja 0 Nein 0

Schnarcht ihr Kind? Immer 0 Manchmal 0 Nie 0

Angaben zur Familie

	Leiblicher Vater	Leibliche Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Aktueller Beruf + Arbeitsstelle		

	Leiblicher Vater	Leibliche Mutter
Erkrankungen (Nehmen Sie Medikamente)		
Familienstand	(verheiratet, Lebensgemeinschaft, geschieden, verwitwet)	
Sorgerecht	Ja 0 Nein 0	Ja 0 Nein 0
Kontakt zum Kind	Ja 0 Nein 0	Ja 0 Nein 0

Geschwister (Alter, Geschlecht, Erkrankungen):

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Leiden Sie selber oder andere Familienangehörige 1. Grades (Mutter, Vater, Geschwister) an:

Asthma?	Ja 0	Nein 0
Heuschnupfen?	Ja 0	Nein 0
Neurodermitis?	Ja 0	Nein 0
Anderen Allergien?	Ja 0	Nein 0
Wenn ja, welche?	_____	

Hat ihr Kind Kontakt mit Tieren? Im Haushalt 0 Außerhalb 0 Nein 0
Wenn ja, welche? _____

Wird in ihrem Haushalt geraucht?	Ja 0	Nein 0
Gibt es Schimmel bei Ihnen in der Wohnung?	Ja 0	Nein 0

Welche weiteren Angaben sind Ihrer Meinung nach für Behandlung ihres Kinder hier in unserer Sprechstunde wichtig?

Name des Ausfüllenden: _____

Zwickau, der _____

Heinrich-Braun-Klinikum gGmbH, Standort Zwickau,
Kinderpulmologische Sprechstunde – Sandra Weinelt

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Folgender Abschnitt ist bitte durch die/den behandelnde Kinderärztin / behandelnden Kinderarzt bzw. Hausärztin/Hausarzt auszufüllen

Verdachtsdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

Bisherige Therapien (soweit erfolgt mit Angaben des Inhalationssystems und
Therapiedauer): Verdachtsdiagnose: _____

Bisherige Diagnostik (**Kopien bitte beifügen!**)

Bitte um Bestimmung in Ihrer kinderärztlichen Betreuung **vor Vorstellung:**

- Spezifisches IgE Inhalationsscreen (ggf. Birke, Lieschgras, Beifuß, D. pteronyssinus, D. farinae, Katze, Hund, Alternaria und Cladosporium), spez. Allergene /bzw. spez. Allergien
- Prick-Hauttest
- Immunglobuline E, G, M, A
- TSH, Blutbild mit Diff.-BB

Aktueller Grund der Vorstellung? Konkrete Fragestellung: _____

Spezifische Diagnostik gewünscht?

Bei der Rücksendung des Fragebogens können vorhandene **Vorbefunde/Röntgenbilder** von Ärzten oder anderen Therapien bereits an uns mitgeschickt werden.

HBK Zwickau
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
z. Hd. Schw. Anne
Karl-Keil-Str. 35
08060 Zwickau

Telefon: 0375-512329
Fax: 0375-51543601
E-Mail: kinderpulmo@hbk-zwickau.de

.....
Unterschrift / Stempel zuweisender Arzt