

Asthma – Elternfragebogen

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: Mutter Vater Sonstiges: _____

Welche Beschwerden hat Ihr Kind?

Hustenflecken pfeifende Atmung Kurzatmigkeit Asthmaanfall Atemnot

Wann begannen die Beschwerden?

im Säuglingsalter im Kleinkindalter mit _____ Jahren

Wie häufig treten die Beschwerden auf?

mehrmals pro Woche mehrmals pro Monat mehrmals pro Woche

Gibt es bei Ihrem Kind phasenweise Beschwerdefreiheit?

Ja Nein

Wenn ja, wie lange sind die Phasen der Beschwerdefreiheit?

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 ja, besonders im Winter nein

Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden aufgefallen?

körperliche Belastung Infekte Stress Tierkontakt Aufenthalte 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 _____ 5 _____ 10 Mutter
1 _____ 5 _____ 10 Vater
1 _____ 5 _____ 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

Wurde bei Ihrem Kind wegen der Atemwegserkrankung bisher schon eine spezielle Untersuchung durchgeführt?

Blutentnahme Hauttest Lungenfunktionsüberprüfung Röntgenaufnahme

Wenn ja, wann zuletzt? _____

Wir bringen die Ergebnisse mit.

Die Ergebnisse können angefragt werden bei : _____

Haben Sie schon an einer Asthmaschulung teilgenommen? Ja Nein

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

sehr gut gut kaum weiß ich nicht

Welche Medikamente (einschließlich Inhalation) nimmt Ihr Kind, wie oft und seit wann?

Dauertherapie: _____

Kurzzeitige Therapie bei Beschwerden: _____

Wie oft nötig? _____

Medikamente vor Sport: _____

Welche Inhaliersysteme 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?

- nein
 Heuschnupfen Neurodermitis Nahrungsmittelallergie gegen: _____
 Sonstiges: _____

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

- Mutter: _____
 Vater: _____
 Geschwister: _____
 Sonstige: _____

Gibt es Haustiere in der Familie und/oder hat Ihr Kind Kontakt zu Tieren? Ja Nein

Gibt es Raucher in Ihrer 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