



Gemeinschaftspraxis

Erstuntersuchung wegen Lungen-Problemen

***= Angabe zwingend erforderlich- Fragebogen gilt sonst als nicht komplett ausgefüllt!**

Ihre Telefonnummer- falls wir Rückfragen haben: _____

Name, Vorname, geb.-Datum // Kinder- und Jugendarzt (Überweisung)

*Seit wann bestehen die unten genannten Symptome: _____

*Symptome: Husten pfeifende Atmung Luftnot Räuspern andere: _____

* täglich mehr als 2x/ Woche weniger als 2x/ Woche auch ohne Infekt

* tagsüber nachts bei leichter Anstrengung bei starker Anstrengung

Luftnot bei Ausatmung Luftnot bei Einatmung Dauer der Luftnot: _____

Luftnot-Anfälle: wenn ja- wann zuletzt: _____ deshalb stationärer Aufenthalt

*Im Alltag dadurch: keine Einschränkungen regelmäßige Einschränkungen

Wenn ja- welche (z. B. b. Sport/ Fehlzeiten): _____

*Jahreszeit betont? Frühjahr Sommer Herbst Winter ortsabhängig: _____

*Auslöser: Infekte Allergie Sport/ Stress Wetter andere

*Nase: meist frei meist verstopft regelmäßiges Schnarchen/ Mund nachts offen

HNO-ärztliche Therapie: _____

Durchgeführter Allergietest: auf der Haut im Blut wann zuletzt _____

Allergietest-Ergebnis (ggf. mitschicken): _____

Angefertigtes Röntgen-Bild: ja Ergebnis: _____

Andere Diagnostik: _____

*Aktuelle Medikamente (ggf. seit wann): _____

*Inhalationssystem (Spray , Inhalierhilfe , Inhalationsgerät : _____
(Sprays + Inhalierhilfe bitte zum Termin mitbringen, 12 Stunden vor dem Termin bitte keine Inhalation (Relvar 24h))

*Frühere Medikamente: _____

*Helfen die Medikamente: ist nur etwas besser ist richtig gut helfen nicht

Hyposensibilisierung seit wann? _____ Präparat: _____



Gemeinschaftspraxis

Vorgeschichte:

Frühgeburt ggf. Schwangerschaftswoche _____ Lungenprobleme nach Geburt

Schon in den ersten Lebenswochen laufende Nase

Ernährung: Stillen hypoallergene (HA) Nahrung ab welchem Alter Beikost? _____

*Nahrungsmittelallergie: ja wenn ja- welche? _____

*Haut: hatte Milchschorf Ekzeme/ Ausschläge

*Lunge: (Pseudo-) Krupp obstruktive Bronchitiden Lungenentzündung

Impfungen: laut Plan/ STIKO Impfungen gut vertragen keine Impfung

***Lungen- und Allergie-Probleme in der Familie:**

Mutter: Allergien / Heuschnupfen / Lungenprobleme (z. B. Asthma) / Hautprobleme

Vater: Allergien / Heuschnupfen / Lungenprobleme (z. B. Asthma) / Hautprobleme

Geschwister: Allergien / Heuschnupfen / Lungenprobleme (z. B. Asthma) / Hautprobleme

Wohn-Situation:

*Wohnung/ Haus: feuchte Stellen / Schimmel Rauchen

Staubsauger mit HEPA-Filter

*Heizung: Zentralheizung Holzofen

*Haustiere: Hund Katze Fische Vögel andere: _____

*Kinderzimmer: Haustier betritt Kinderzimmer Pflanzen Teppich Vorhänge

viele Kuscheltiere Milbendichte Bettwäsche

Wird von Dr. Geidel am Termin ausgefüllt:

Befund:

Diagnose:

Procedere: