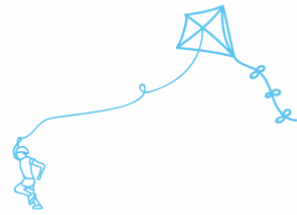


Vorname und Name Ihrer Tochter/Ihres Sohnes: _____

Geburtsdatum: _____

DATUM: _____

Kinderarztpraxis Hirschberg
Allergologie · Kinder-Pneumologie · Patientenschulungen
Dr. med. Ute Cerny-Willersinn
Dr. med. Philipp Utz



Liebe Eltern, liebe Kinder,

zur Vorbereitung des Sprechstundentermins möchten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen bitten.

Bringen Sie diesen Fragebogen bitte zum vereinbarten Termin ausgefüllt mit.

Frühere Erkrankungen:

- Leidet Ihr Kind an einer angeborenen Erkrankung? O ja O nein
- Hatte Ihr Kind schon schwerere Erkrankungen, Operationen oder Krankenhausaufenthalte? O ja O nein
- Welche? _____

Impfungen:

- Haben Sie Ihr Kind impfen lassen? O ja O nein
- Sind alle empfohlenen Impfungen durchgeführt? O ja O nein
- Gab es Komplikationen bei den Impfungen? O ja O nein

Chronischer Husten, Atemgeräusche oder Luftnot?

O ja O nein

- Seit wann? _____
- Ganzjährig oder bestimmte Monate? _____
- Tags oder nachts? _____
- Bei Anstrengung oder Sport? _____

O ja O nein

Chronischer Schnupfen oder Niesen?

O ja O nein

- Seit wann? _____
- Ganzjährig oder bestimmte Monate? _____
- Bei bestimmten Gelegenheiten? _____
- Medikamentöse Behandlung? _____

Chronisches Augenjucken oder Bindehautentzündung

O ja O nein

- Seit wann? _____
- Ganzjährig oder bestimmte Monate? _____
- Bei bestimmten Gelegenheiten? _____
- Medikamentöse Behandlung? _____

Vorname und Name Ihrer Tochter/Ihres Sohnes: _____

Geburtsdatum: _____

DATUM: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten? O ja O nein

- Welche Nahrungsmittel? _____

- Welche Symptome? _____

Neurodermitis? O ja O nein

Allergien? O ja O nein

- Sind bereits Allergietestungen durchgeführt worden? O ja O nein

- Welche? _____

- Welche Allergien hat Ihr Kind?

Milben O Frühblüher O Gräser O Tierhaare O welche? _____ Sonstige _____

Medikamente

- Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen oder inhalieren? O ja O nein

- Welche? _____

- Welche Inhaliersysteme hat Ihr Kind schon benutzt?

- Pariboy

- Spacer mit Maske O oder Mundstück O

Familie

- Leidet eines der folgenden Familienmitglieder (li) an einer der folgenden Erkrankungen (re)

Heuschnupfen Asthma Neurodermitis Lungenerkrankung Sonstiges

Kindsmutter O O O O O _____

Kindsvater O O O O O _____

Geschwister O O O O O _____

Umgebung

- Raucht ein Familienmitglied im Haushalt? O ja O nein

- Haben Sie Haustiere? O ja O nein

- Welche? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!