

**Fragebogen zu Entwicklungs- u.Krankheitsgeschichte  
Ihres Kindes ( für Kinder bis 16 Jahre )**

Sehr geehrte Eltern,

*Im Mittelpunkt unseres Arbeitens steht der Mensch mit all seinen Bedürfnissen.*

*Um diesem Anspruch gerecht zu werden und um den Untersuchungs- und Behandlungsplan ihres Kindes sinnvoll gestalten zu können, bitten wir Sie in diesem Fragebogen um Informationen zur Entwicklungs- und Krankheitsgeschichte ihres Kindes. Bitte füllen Sie Vorder- und Rückseite in Ruhe im Wartezimmer aus.*

*Für Rückfragen steht Ihnen das Praxisteam gerne zur Verfügung*

Name, Vorname, Alter Ihres Kindes: \_\_\_\_\_ Datum heute: \_\_\_\_\_

Aktuelle Größe: \_\_\_\_\_ Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_

Nennen Sie uns bitte kurz die Hauptbeschwerden ihres Kindes, die Sie zu uns führen:

Haben Sie bei Ihrem Kind folgende Symptome beobachtet? (zutreffendes bitte ankreuzen)

häufiger Husten     häufige Infekte     pfeifende Atemgeräusche     Kurzatmigkeit beim Sport oder nach körperlicher Anstrengung     allergische Beschwerden ( Fließschnupfen; Niesen, Augentränen- und Jucken )     Schlafen mit offenem Mund/ Schnarchen

Hatte ihr Kind schon ernsthafte Erkrankungen oder Operationen zu überstehen? Wenn ja, welche, und in welchem Lebensalter ?

*(Lungenentzündung; spastische Bronchitis; Impfreaktionen; Fieberkrämpfe; Blinddarmentfernung;etc.)*

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung oder besteht eine Behinderung?

*( Neurodermitis; Asthma bronchiale; Hör-oder Sehbehinderung; ADHS oder ähnliches )*

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn Ja, listen Sie die Medikamente bitte auf:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an einer Medikamentenunverträglichkeit oder an einer Allergie? Wenn ja, welche Allergie besteht? Sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwisterkind) Allergien / Asthma / Heuschnupfen / Neurodermitis bekannt?

Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

Wird in Ihrem Haushalt geraucht? ja  nein

Welche weiteren Angaben sind Ihrer Meinung nach für die Behandlung ihres Kindes hier in der Praxis von Bedeutung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie damit einverstanden, dass der/die Kinderarzt/ärztin und/ oder der/die überweisende Arzt/Ärztin einen Bericht über den Gesundheitszustand ihre Kindes erhalten? ja  nein

**Möchten Sie sich für unsere @-services (Terminvereinbarung, Rezeptbestellung, Befundübermittlung über unsere Homepage [ihrpneumologe.de](http://ihrpneumologe.de)) registrieren, so notieren Sie bitte hier Ihre E-Mail Adresse.**

**E-Mail Adresse \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !**