



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

Bringen sie diesen Fragebogen bitte zum vereinbarten Termin mit.

Name, Vorname Ihrer Tochter / Ihres Sohnes \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**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 worden ? O ja    O nein
- Gab es Komplikationen bei den Impfungen ? 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 ? :

**Chronischer Husten oder Atemgeräusche ?**

O ja    O nein

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

**Name, Vorname :**

<b>Nahrungsmittelunverträglichkeiten ?</b>	O ja	O nein			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Welche Nahrungsmittel ? :</li><li>• Welche Symptome ? :</li></ul>					
<b>Neurodermitis ?</b>	O ja	O nein			
<b><u>Allergien:</u></b>					
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt?</li></ul>	O ja	O nein			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sind bereits Allergietestungen durchgeführt worden?</li></ul>	O ja	O nein			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Welche ? :</li></ul>					
<b><u>Medikamente:</u></b>					
<ul style="list-style-type: none"><li>• Muss Ihr Kind regelmäßig weitere Medikamente einnehmen oder inhalieren ?</li></ul>	O ja	O nein			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Welche ? :</li></ul>					
<b><u>Familie:</u></b>					
Leidet eines der folgenden Familienmitglieder (links) an einer der folgenden Erkrankungen (rechts)					
	<u>Heuschnupfen</u>	<u>Asthma</u>	<u>Neurodermitis</u>	<u>Lungenerkrankung</u>	<u>Sonstiges</u>
Kindsmutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Kindsvater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Geschwister	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
<b><u>Umgebung:</u></b>					
<ul style="list-style-type: none"><li>• Raucht ein Familienmitglied im Haushalt ?</li></ul>	O ja	O nein			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Haben Sie Haustiere?</li></ul>	O ja	O nein			
Welche ? :					

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit**