



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 \_\_\_\_\_

Haus-/Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Arztbrief erwünscht : ja / nein

<b><u>Vorstellungsgrund :</u></b>	
<b><u>Frühere Erkrankungen:</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Leidet Ihr Kind an einer angeborenen Erkrankung ?</li></ul>	O ja    O nein
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hatte Ihr Kind schon schwerere Erkrankungen, Operationen oder Krankenhausaufenthalte ?</li></ul>	O ja    O nein
Welche :	
<b><u>Impfungen:</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Haben Sie Ihr Kind impfen lassen?</li></ul>	O ja    O nein
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sind alle empfohlenen Impfungen durchgeführt worden ?</li></ul>	O ja    O nein
<ul style="list-style-type: none"><li>• Gab es Komplikationen bei den Impfungen ?</li></ul>	O ja    O nein
<b>Chronischer Schnupfen oder Niesen ?</b>	O ja    O nein
<ul style="list-style-type: none"><li>• Seit wann ? :</li><li>• Ganzjährig oder bestimmte Monate ? :</li><li>• Bei bestimmten Gelegenheiten ? :</li><li>• Medikamentöse Behandlung ? :</li></ul>	
<b>Chronisches Augenjucken oder Bindehautentzündung ?</b>	O ja    O nein
<ul style="list-style-type: none"><li>• Seit wann ? :</li><li>• Ganzjährig oder bestimmte Monate ? :</li><li>• Bei bestimmten Gelegenheiten ? :</li><li>• Medikamentöse Behandlung ? :</li></ul>	

**Name, Vorname :**

- 2 -

<b>Chronischer Husten oder Atemgeräusche ?</b>	O ja	O nein
<ul style="list-style-type: none"><li>• Seit wann ? :</li><li>• Ganzjährig oder bestimmte Monate ? :</li><li>• Bei bestimmten Gelegenheiten ? :</li><li>• Medikamentöse Behandlung ? :</li></ul>		

<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**