

**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) registrieren, so notieren Sie bitte hier Ihre E-Mail Adresse.

E-Mail Adresse _____@_____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !