



Dr. med. Andreas Deimling

Dr. med. Barbara Volger

Innere Medizin

Pneumologie

Allergologie

Medizinische Begutachtung

Schlafmedizin

Schwarzer Weg 4

24837 Schleswig

Tel. 04621 – 24434

Fax 04621 – 24099

www.lungenpraxis-schleswig.de

Anamnese Kinder bis 12 Jahre

Name _____ **Geburtsdatum** _____

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

1. Welche Beschwerden bestehen zurzeit?

2. Frühere ernsthafte Erkrankungen?

Neurodermitis? ja *f* nein *f*
Andere, welche, wann?

3. Welche Medikamente nimmt Ihr Kind ein (auch Inhalationen)?

Präparat _____ Dosis _____

Präparat _____ Dosis _____

Präparat _____ Dosis _____

4. Traten oder treten bei Ihrem Kind folgende Symptome auf?

Pfeifende oder giemende Atemgeräusche? ja nein

Wie oft in den letzten 12 Monaten 2mal 4mal 6mal öfter

Atemnot oder Kurzatmigkeit ? ja nein

Häufiger Husten ? ja nein

Husten, der länger als 6 Wochen anhält ? ja nein

Husten auch ohne Erkältung/Infekt? ja nein

Ist der Husten trocken mit Schleim

Besteht der Husten tagsüber nachts

Besteht Husten bei oder nach körperlicher Anstrengung? ja nein

Besteht häufiges Räuspern ? ja nein

Wie viele Infekte traten in den letzten 2 Jahren auf?

Weniger als 2 2-4 4-6 mehr wie viele _____

Wie lange dauern die Infekte ? _____ Wochen

Besteht momentan eine Atemwegsinfektion? ja nein

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund ? ja nein

Schnarcht Ihr Kind ? ja nein

5. Bestehen Allergien?

nein ja nicht bekannt

Wurde jemals ein Allergietest durchgeführt? nein ja wann? _____

Gegen: _____

Durch wen? _____

6. Gibt es in der Familie Allergien/Asthma/Heuschnupfen/Neurodermitis?

nein ja Wer? Was? _____

7. Gibt es Haustiere?

nein ja , welche, seit wann? _____

8. Passivrauchexposition

Raucht der Vater? nein ja , wie viel? _____

Raucht die Mutter? nein ja , wie viel? _____

Wer hat den Bogen ausgefüllt? Mutter Vater andere Person Pat. selbst

Schleswig, den

Unterschrift