

Sehr geehrte Eltern, liebe PatientenInnen,

vielen Dank für Ihren Anruf bezüglich eines fachärztlichen Termins in meiner Praxis.

Um die adäquate Planung eines Termins zu ermöglichen, bitte ich Sie folgende Unterlagen schon vorab an meine Praxis zu schicken (bitte **nur Kopien**, da diese anschließend vernichtet werden).

Die Übermittlung ist auch, jedoch nur wenn bereits telefonischer Kontakt mit unserer Praxis bestanden hat und die persönlichen Daten von uns aufgenommen wurden, per email möglich an: dokumente.hds@hallodoktors.de:

- 1.) Angehängten ausgefüllten Fragebogen.
- 2.) Ergebnisse bereits durchgeführter Allergietestungen (z.B. Haut-Prick-Testungen, RAST/CAP Befund, Blutuntersuchungen).
- 3.) Spezifische Arztbriefe von Kollegen, Ambulanzen oder Krankenhaus-/Kuraufenthalten als Kopie.
- 4.) Röntgenbild/er der Lunge falls vorhanden - am Besten in digitaler Form (meist CD). (Leider sind Papiausdrucke von Röntgenbildern der Lunge unbrauchbar!)
- 5.) eine **Kopie (!)** des Überweisungsscheins des Kinder-/JugendarztesIn/HausarztesIn
(Den Überweisungsschein im Original bringen Sie bitte dann zu Ihrem Termin mit)

Die Terminvereinbarung erfolgt, wenn der ausgefüllte Fragebogen innerhalb von 2 Wochen bei uns vorliegt.

Bitte seien Sie unbedingt **pünktlich**, nur dann haben wir auch die für Sie und Ihr Kind eingeplante Zeit zur Verfügung. Ebenso können wir nur so Wartezeiten auf ein Minimum beschränken. Auch die nachfolgenden Patienten sowie das Praxisteam danken es Ihnen!

Bitte beachten Sie: Mit der Rücksendung des Fragebogens erklären Sie (= alle erziehungsberechtigten Personen des/der Patienten/in und entsprechend des Alters auch der/die Patient/in selbst) sich mit der Datenschutzvereinbarung/Richtlinie der Praxis Dr. Schröter einverstanden. Diese können Sie gerne auf Anfrage erhalten oder in der Praxis einsehen. Sie haben jederzeit die Möglichkeit – im Rahmen der gesetzlichen Regelungen – das Einverständnis zu widerrufen. Falls Sie nicht damit einverstanden sind, kontaktieren Sie uns bitte vor Rücksendung des Fragebogens/der Unterlagen.

Falls Sie noch Fragen haben, dürfen Sie sich natürlich gerne bei uns melden.

Mit freundlichen Grüßen – Das Praxis Team Dr. Schröter

Zur Ihrer Information: Falls Sie der elektronischen Patientenakte bei Ihrer Krankenkasse nicht widersprochen haben, sind wir - Stand Mai 2025 - ab 1.10.2025 verpflichtet aktuelle ausschliesslich durch uns erhobene Befunde in die ePA zu übertragen (z.B. Laborbefunde, Testergebnisse, Arztbriefe). Falls Sie dies nicht wünschen bitten wir Sie Ihre Krankenkasse zu informieren und auch hier in unserer Praxis schriftlich zu widersprechen.

Wichtig: Wenn Sie den Termin verschieben möchten oder nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen unbedingt mindestens 48 h vorher ab, da Ihnen ansonsten die eventuelle Ausfallzeit des Termins in Rechnung gestellt wird.



PatientIn:

Vorname: Nachname: Geb.Dat:

Strasse: Wohnort: PLZ:

Telefonnummer: Krankenversicherung:

FRAGEBOGEN – ALLERGIE – PNEUMOLOGIE**1. SYMPTOME:**

Aufgrund welcher Beschwerden stellen Sie Ihr Kind vor?

Hauptbeschwerden: Wann begannen diese?

Sonstige/zusätzliche Beschwerden im Rahmen der Vorstellung:

- ☐ Heuschnupfen ☐ allerg. Bindehautentzündung ☐ Dauerschnupfen ☐ Niesanfälle
☐ Hautprobleme ☐ Neurodermitis ☐ Allergien
☐ häufiger Husten ☐ obstruktive/spastische Bronchitis ☐ Asthma bronchiale
☐

In welchen Monaten/in welchen Situationen treten die Hauptbeschwerden auf:

- ☐ Monate: oder ☐ ganzjährig
☐ bei körperlicher Belastung ☐ feuchter/ kalter Witterung ☐ unregelmäßig

Hustet Ihr Kind ☐ „nur tags, ☐ „vorwiegend tags“, ☐ „nur nachts“, ☐ „vorwiegend nachts“, ☐ „tag und nachts“

Art des Hustens: trocken / rasselnd / pfeifend /

Wo treten die Beschwerden auf? ☐ nur zuhause ☐ auch an anderer Orten

Welche Auslöser könnten in Betracht kommen, z.B. Nahrungsmittel/Staub/Medikamente?

.....

Sind die Beschwerden im Verlauf: ☐ „mehr“, ☐ „unverändert“, ☐ „weniger“ geworden/geblieben?Wie lange dauert in der Regel ein entsprechender Infekt? ☐ ca. 7 Tage, ☐ 7-14 Tage, ☐ länger als 14 TageWie lange ist Ihr Kind zwischen den Infekten gesund? ☐ 1-2 Wochen, ☐ 4 Wochen, ☐ länger als 1 MonatGab es bei oder direkt nach der Geburt pulmonale Probleme? ☐ Nein ☐ Ja, folgende

Falls Ihr Kind zu früh geboren wurde: Welche rechnerische Schwangerschaftswoche:

Hat Ihr Kind nach der Geburt Sauerstoff bekommen? ☐ Nein ☐ Ja -> wie lange?Wurde Ihr Kind nach der Geburt beatmet? ☐ Nein ☐ Ja -> wie lange?Hatte Ihr Kind bisher eine Lungenentzündung (Pneumonie)? ☐ Nein ☐ Ja -> wann?Wenn ja: Wurde ihr Kind antibiotisch behandelt? ☐ Nein ☐ Ja -> welches Antibiotikum?

.....

Hatte Ihr Kind bisher Mittelohrentzündungen? ☐ Nein ☐ Ja -> wie viele?Mit Ausfluß? ☐ Nein ☐ JaMit antibiotischer Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja -> wie oft?**2a. Bisherige Medikation:**

Welche Medikamente haben Sie inhalativ bisher gegen den Husten eingesetzt?

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Salbutamol/Sultanol | <input type="checkbox"/> Atrovent | <input type="checkbox"/> Kortison (z.B. Budes/Flutide/Pulmicort) |
| Frequenz: x täglich über Tage | x täglich über Tage | x täglich über Wochen |
| Dosis: | | |
| Effekt? Gut / keinen / vielleicht | gut / keinen / vielleicht | gut / keinen / vielleicht |

Besitzen Sie ein/e Inhalationsgerät/hilfe: ☐ Nein, ☐ Ja: Pariboy/Omron/Vortex/Aerochamber/.....Hat Ihr Kind schon mal Montelukast (z.B. Singulair) als Granulat oder Tabl. bekommen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Wann? Effekt? Gut / keinen / vielleicht



2b. Aktuelle Medikation:

Welche Medikamente verwenden Sie AKTUELL (in den letzten Wochen)?:

O Keine O Folgende: 1.) 2.) 3.)

3. Bisherige Diagnostik:

Ist Ihr Kind schon auf Allergien getestet worden:

O Nein

O Ja, im Hauttest (PRICK) bei Dr. Ergebnis:

O Ja, im Bluttest (RAST/CAP) bei Dr. Ergebnis:

O Ja, sonstiger Test bei Dr. Ergebnis:

Wurde schon einmal ein Schweißtest durchgeführt? O Nein O Ja Ergebnis:

Wurde schon einmal ein Röntgenbild der Lunge durchgeführt? O Nein O Ja - Datum:

Bitte legen Sie mit diesem Fragebogen Kopien der o.g. Tests, relevante Arztbriefe und Röntgenbilder bei!

Ist bei Ihrem Kind schonmal eine Hyposensibilisierungstherapie begonnen/durchgeführt worden? O Nein

O Ja, mit folgenden Allergenen/Firma:/

oral/subcutan von bis Effekt? Gut / keinen / vielleicht

4. Erweiterte Anamnese/Familie/Umgebung:

Körperl. Belastbarkeit Ihres Kindes im Alltag: O „normal“, O „eingeschränkt“, O „Atemprobleme bei kalter Luft“

War Ihr Kind schon mal auf Kur? O Nein O Ja (*Bericht bitte beifügen!*)

Leiden in Ihrer Familie Eltern, Geschwister oder Großeltern des Kindes an einer allergischen Erkrankung/

Heuschnupfen/Asthma? O Nein O Ja

Wenn Ja, wer? woran?

..... woran?

..... woran?

Raucht einer der beiden Elternteile oder eine im Haushalt der Familie lebende Person? O Nein O Ja

Haben Sie Haustiere? O Nein O Ja, folgende:

Haben Sie feuchte Stellen/Schimmel in der Wohnung? O Nein O Ja: Feuchte/Schimmel O unsicher

5. Aktuell behandelnder Kinder-/Jugendarzt :

6. Sonstige Mitteilungen:

Vielen Dank!

