

A.N.A.N.A.S.

Ambulante Nürnberger
Asthma- Neurodermitis-
und Adipositas- Schulung



Liebe Eltern,

Sie haben Ihr Kind zur Asthaschulung angemeldet. Damit wir uns auf die Bedürfnisse Ihres Kindes einstellen und die Schulung für alle effektiv gestalten können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen bzw. Zutreffendes anzukreuzen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

	Name	Alter	Beruf / derzeitige Tätigkeit	eigene allergische Erkrankungen
Kind
Mutter
Vater
Geschwister

Adresse; _____

Telefon / Handy: _____

Hat Ihr Kind eine Kurmaßnahme besucht ? ja nein
wenn ja, dann mit Asthaschulung ohne Asthaschulung

Macht Ihr Kind Sport ? ja regelmäßig unregelmäßig nein

Welche Sportarten betreibt Ihr Kind ? _____

Welche Hobbys hat ihr Kind sonst noch ? _____

Bei Ihrem Kind wurde vom Kinderarzt festgestellt:

<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Infektasthma	<input type="checkbox"/> allergisches Asthma
<input type="checkbox"/> Anstrengungsasthma	<input type="checkbox"/> häufige Bronchitis	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen
<input type="checkbox"/> Ekzem / Neurodermitis	<input type="checkbox"/> allergische Coniunctivitis (Augentränen)	

Wie alt war Ihr Kind, als die Diagnose „Asthma“ gestellt wurde ? _____

Welche Symptome weist Ihr Kind auf ?

<input type="checkbox"/> häufiges bis ständiges Husten oder Hüsteln	<input type="checkbox"/> heftige Hustenanfälle
<input type="checkbox"/> pfeifendes Atemgeräusch	<input type="checkbox"/> rasche Ermüdbarkeit
<input type="checkbox"/> keuchende Atmung	<input type="checkbox"/> häufiger Schnupfen
<input type="checkbox"/> häufige Erkältungen	

Wie alt war ihr Kind als die Symptome das erste Mal auftraten ? _____

Wann treten Die Symptome bei Ihrem Kind auf ?

bei Kontakt mit Zigarettenrauch

nachts im eigenen Bett

Bei Kontakt mit Tieren: _____

zu bestimmten Pollenflugzeiten: _____

bei sportlicher Anstrengung bei psychischer Belastung

bei Nebel bei Sturm an extrem heißen Tagen bei Kälte

in abgasbelasteter Umgebung

Nach dem Verzehr bestimmter Lebensmittel: _____

Haben Sie Haustiere ? nein ja, : _____

Wurden Haustiere wegen des Asthmas abgeschafft ? nein ja

Hat Ihr Kind eine nachgewiesene Hausstaubmilbenallergie ? nein ja

Kennen Sie das Peak Flow Meter ? nein ja

Wenn ja, benutzt Ihr Kind es regelmäßig ? nein ja

Nimmt Ihr Kind **regelmäßig** Medikamente ein ? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Wie erfolgt die Einnahme ?

mit Dosieraerosol mit Inhalationshilfe ohne Inhalationshilfe

als Pulverinhalation (mit Turbohaler , Diskus o.ä.): _____

als Feuchtinhalation (mit Pari Boy, Calimero o.ä.): _____

Nimmt Ihr Kind **unregelmäßig** (bei Bedarf) Medikamente ein ? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Wie erfolgt die Einnahme ?

mit Dosieraerosol mit Inhalationshilfe ohne Inhalationshilfe

als Pulverinhalation (mit Turbohaler , Diskus o.ä.): _____

als Feuchtinhalation (mit Pari Boy, Calimero o.ä.): _____

Wie erleben Sie die Krankheit Ihres Kindes ? Mutter Vater

beängstigend / problematisch

unproblematisch

beherrschbar

Was sind Ihre Wünsche und Erwartungen an die Asthmaschulung ?

Worauf sollen wir bei Ihrem Kind während der Asthmaschulung besonders achten?

vielen Dank für Ihre Mitarbeit !