

# Kinderimmunologische & -infektiologische Ambulanz des UKL – Elternfragebogen

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung des Termins in unserer Ambulanz bitten wir Sie, die untenstehenden Fragen zu beantworten. Sollte der Platz nicht reichen, benutzen Sie bitte zusätzlich die Rückseite. Bitte bringen Sie dann zum Termin Folgendes mit:

1. den ausgefüllten Fragebogen
2. das gelbe Heft und den Impfpass
3. die Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse (sofern im Vorfeld nicht bereits zugeschickt)
4. Röntgen/MRT-Bilder auf CD (sofern vorhanden)
5. einen für das Quartal gültigen Überweisungsschein an „Kinderimmunologische Ambulanz, UKL“

## PATIENTENINFORMATIONEN

Patientenname: \_\_\_\_\_ Datum der Vorstellung: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich

## HAUPTBESCHWERDEN

Welche Beschwerden führen zur Vorstellung in unserer Ambulanz? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dadurch erlittene Einschränkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beginn: \_\_\_\_\_ Vermutete Auslöser: \_\_\_\_\_

Was verbessert die Symptome? \_\_\_\_\_

Was macht sie schlimmer? \_\_\_\_\_

Welche Ärzte haben Sie bereits wegen der Beschwerden aufgesucht?

	Name	Fachrichtung	Straße	PLZ/Ort
1				
2				
3				
4				

Wurden Bildgebungen (Ultraschall, Röntgen, MRT) durchgeführt? Falls ja, wann und von wem? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche weitere Diagnostik wurde durchgeführt? (Ergebnisse von Blutuntersuchungen/Vorbriefe bitte mitbringen) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INFEKTIONEN

Ja	Nein	Nicht bekannt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>MITTELOHRENTZÜNDUNGEN</b> (Otitis Media)
			<b>Falls ja</b> , erstmaliges Auftreten im Alter von: _____ Häufigkeit pro Jahr: unter 4 <input type="checkbox"/> 4 und mehr <input type="checkbox"/> Anzahl pro Jahr: _____ chronisch <input type="checkbox"/> Erreger: _____ Therapien: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>NASENNEBENHÖLENENTZÜNDUNGEN</b> (Sinusitis)
			<b>Falls ja</b> , erstmaliges Auftreten im Alter von: _____ Häufigkeit pro Jahr: unter 4 <input type="checkbox"/> 4 und mehr <input type="checkbox"/> Anzahl pro Jahr: _____ chronisch <input type="checkbox"/> Erreger: _____ Therapien: _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>BRONCHITIS</b>																														
			<p><b>Falls ja</b>, erstmaliges Auftreten im Alter von: _____</p> <p>Häufigkeit pro Jahr: unter 4 <input type="checkbox"/> 4 und mehr <input type="checkbox"/> Anzahl pro Jahr: _____ chronisch <input type="checkbox"/></p> <p>Erreger: _____ Therapien: _____</p>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>LUNGENENTZÜNDUNGEN</b> (Pneumonien)																														
			<p><b>Falls ja</b>, erstmaliges Auftreten im Alter von: _____</p> <p>Häufigkeit pro Jahr: unter 4 <input type="checkbox"/> 4 und mehr <input type="checkbox"/> Anzahl pro Jahr: _____ chronisch <input type="checkbox"/></p> <p>Erreger: _____ Therapien: _____</p> <p>Angabe von Alter und Jahr, in denen Lungenentzündungen im Röntgenbild nachgewiesen wurden:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>Patientenalter</th> <th>Erreger</th> <th>Behandlung</th> <th>Antibiotika über 10 Tage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Jahr	Patientenalter	Erreger	Behandlung	Antibiotika über 10 Tage					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Jahr	Patientenalter	Erreger	Behandlung	Antibiotika über 10 Tage																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>HAUTINFEKTIONEN</b>																														
			<p><b>Falls ja</b>, erstmaliges Auftreten im Alter von: _____</p> <p>Häufigkeit pro Jahr: unter 4 <input type="checkbox"/> 4 und mehr <input type="checkbox"/> Anzahl pro Jahr: _____ chronisch <input type="checkbox"/></p> <p>Erreger: _____ Therapien: _____</p>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ABSZESSE</b> der <b>WEICHTEILE</b> oder <b>INNERER ORGANE</b>																														
			<p><b>Falls ja</b>, erstmaliges Auftreten im Alter von: _____</p> <p>Häufigkeit pro Jahr: unter 4 <input type="checkbox"/> 4 und mehr <input type="checkbox"/> Anzahl pro Jahr: _____ chronisch <input type="checkbox"/></p> <p>Erreger: _____ Therapien: _____</p> <p>Angabe von Alter und Jahr, in denen Abszesse aufgetreten sind:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>Alter</th> <th>Abszessstelle</th> <th>Erreger</th> <th>Behandlung</th> <th>Ausheilung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Jahr	Alter	Abszessstelle	Erreger	Behandlung	Ausheilung						ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Jahr	Alter	Abszessstelle	Erreger	Behandlung	Ausheilung																												
					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																												
					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																												
					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>MAGEN- UND DARMINFEKTIONEN</b> (Gastrointestinale Infektionen)																														
			<p><b>Falls ja</b>, erstmaliges Auftreten im Alter von: _____</p> <p>Häufigkeit pro Jahr: unter 4 <input type="checkbox"/> 4 und mehr <input type="checkbox"/> Anzahl pro Jahr: _____ chronisch <input type="checkbox"/></p> <p>Erreger: _____ Therapien: _____</p>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>CHRONISCHER DURCHFALL</b>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>TUBERKULOSE</b>																														
			<p><b>Falls ja</b>: typisch <input type="checkbox"/> atypische Mykobakterien <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____</p>																														

### ORGANSPEZIFISCHE ANAMNESE

Ja	Nein	Nicht bekannt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bestehen Abgeschlagenheit, Müdigkeit, schlechter Schlaf, Appetitlosigkeit oder Gewichtsverlust?</b>
			<p><b>Falls ja</b>, was und seit wann:</p> <p>_____</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bestehen Fieber- oder wiederkehrende Fieberschübe?</b> Bitte füllen Sie bei wiederkehrenden Fieberschüben ohne Infektionszeichen zusätzlich den Fragebogen „Periodische Fiebersyndrome“ aus.
			<p><b>Falls ja</b>, geben Sie bitte Häufigkeit, Dauer, Muster und begleitende Symptome an:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bestehen Gelenkschmerzen?</b>																																				
			Falls ja, welche und seit wann: _____																																				
			Besteht eine Gelenkschwellung, Rötung, Wärme oder ein reduzierter Bewegungsumfang? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bestehen Hautauffälligkeiten (jeglicher Ausschlag, Knötchen, Lichtempfindlichkeit der Haut, Geschwüre (Ulcer) oder offene Stellen (Aphthen) im Mund oder genital, Haarausfall oder Haarveränderungen, Veränderungen der Nägel oder des Nagelfalzes)?</b>																																				
			Falls ja, welche und seit wann: _____																																				
			Bitte fotografieren Sie flüchtige Befunde mit Ihrem Smartphone und bringen es zum Termin mit.																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bestehen Auffälligkeiten an den Augen (Lichtscheu, verschwommenes Sehen, Rötungen, Schmerzen, trockene Augen)?</b>																																				
			Falls ja, welche und seit wann: _____																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Weitere Beschwerden:</b>																																				
			Bestehen																																				
			<table border="1"> <tr> <td>Muskelschmerzen</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>Durchfälle</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muskelschwäche</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>Haarausfall</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kopfschmerzen</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>Trockene Augen</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Krampfanfälle</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>Schmerzen im Brustkorb</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nasenbluten</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>Schluckbeschwerden</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ohrenschmerzen/Hörstörungen</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>...</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Blau- oder Blasswerden der Finger (Raynaud-Symptomatik)</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>....</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Chronischer Husten</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bauchschmerzen</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Muskelschmerzen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Durchfälle	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Muskelschwäche	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Haarausfall	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Trockene Augen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Krampfanfälle	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schmerzen im Brustkorb	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Nasenbluten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ohrenschmerzen/Hörstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	...	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Blau- oder Blasswerden der Finger (Raynaud-Symptomatik)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Chronischer Husten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Durchfälle	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Muskelschwäche	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Haarausfall	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Kopfschmerzen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Trockene Augen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Krampfanfälle	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schmerzen im Brustkorb	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Nasenbluten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Ohrenschmerzen/Hörstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	...	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Blau- oder Blasswerden der Finger (Raynaud-Symptomatik)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Chronischer Husten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				
Bauchschmerzen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																				

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Nicht bekannt</b>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>SONSTIGE BAKTERIELLE INFEKTIONEN (Blutvergiftung, Hirnhautentzündung)</b>																														
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>Patientenalter</th> <th>Bakterielle Infektion</th> <th>Behandlung</th> <th>Ausheilung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Jahr	Patientenalter	Bakterielle Infektion	Behandlung	Ausheilung					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Jahr	Patientenalter	Bakterielle Infektion	Behandlung	Ausheilung																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>INFEKTIOSE MONONUKLEOSE (Pfeiffersches Drüsenfieber)</b>																														
			Falls ja: im Alter von: _____ lang andauernd: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ausgeheilt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>HERPES SIMPLEX (Lippenherpes)</b>																														
			Falls ja, erstmaliges Auftreten im Alter von: _____ Häufigkeit pro Jahr: unter 4 <input type="checkbox"/> 4 und mehr <input type="checkbox"/> Anzahl pro Jahr: _____ chronisch <input type="checkbox"/> Körperregion: _____ Therapien: _____																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>HERPES ZOSTER (Gürtelrose)</b>																														
			Falls ja, erstmaliges Auftreten im Alter von: _____ Häufigkeit pro Jahr: unter 4 <input type="checkbox"/> 4 und mehr <input type="checkbox"/> Anzahl pro Jahr: _____ chronisch <input type="checkbox"/> Körperregion: _____ Therapien: _____																														

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>HIV-INFEKTION</b>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>WARZEN</b> oder <b>DELLWARZEN</b>																														
			Falls ja, erstmaliges Auftreten im Alter von: _____ Häufigkeit pro Jahr: unter 4 <input type="checkbox"/> 4 und mehr <input type="checkbox"/> Anzahl pro Jahr: _____ chronisch <input type="checkbox"/> Körperregion: _____ Therapien: _____																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>SONSTIGE VIRALE INFEKTIONEN</b>																														
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>Patientenalter</th> <th>virale Infektion</th> <th>Behandlung</th> <th>Ausheilung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Jahr	Patientenalter	virale Infektion	Behandlung	Ausheilung					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Jahr	Patientenalter	virale Infektion	Behandlung	Ausheilung																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ANHALTENDER</b> oder <b>WIEDERHOLTER SOOR (weißer Hefepilz) im Mund oder genital</b>																														
			Falls ja, erstmaliges Auftreten im Alter von: _____ Ort: _____ Häufigkeit pro Jahr: unter 4 <input type="checkbox"/> 4 und mehr <input type="checkbox"/> Anzahl pro Jahr: _____ chronisch <input type="checkbox"/> Erreger: _____ Therapien: _____																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>SONSTIGE PILZINFEKTIONEN</b> (z. B. Nagelpilz)																														
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>Patientenalter</th> <th>Pilzinfektion</th> <th>Behandlung</th> <th>Ausheilung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Jahr	Patientenalter	Pilzinfektion	Behandlung	Ausheilung					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>										
Jahr	Patientenalter	Pilzinfektion	Behandlung	Ausheilung																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>PARASITENINFEKTIONEN</b> (z. B. Lamblien)																														
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>Patientenalter</th> <th>Parasiteninfektion</th> <th>Behandlung</th> <th>Ausheilung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Jahr	Patientenalter	Parasiteninfektion	Behandlung	Ausheilung					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>										
Jahr	Patientenalter	Parasiteninfektion	Behandlung	Ausheilung																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																													

**Aktuelle Therapie:** ggf. Rückseite benutzen

Behandlung/Medikament	Dosis	Beginn	Ende	Wirksamkeit / Nebenwirkung / Kommentar

**Vorangegangene Behandlungen,** einschließlich (Nicht-)Wirksamkeit und Nebenwirkungen ggf. Rückseite benutzen

Behandlung/Medikament	Dosis	Beginn	Ende	Wirksamkeit / Nebenwirkung / Kommentar

**VORGESCHICHTE**

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Nicht bekannt</b>	
-----------	-------------	----------------------	--

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bestehen bei Ihrem Kind Allergien (Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma o. Ä.)?</b>
			Wenn ja, welche <b>Neurodermitis/atopisches Ekzem</b> <input type="checkbox"/> <b>Heuschnupfen</b> <input type="checkbox"/> <b>Asthma bronchiale</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Leidet ihr Kind an chronischen Vorerkrankungen?</b> <i>ggf. Rückseite benutzen</i>
			Wenn ja, welche: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Waren stationäre Krankenhausaufenthalte oder chirurgische Eingriffe/Operationen erforderlich?</b>
			Wenn ja, welche: _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ist eine augenärztliche Untersuchung erfolgt?</b>
			Wenn ja, wann und mit welchem Befund: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ist die grobmotorische oder feinmotorische Entwicklung, die soziale Entwicklung oder die Sprache auffällig?</b>
			Wenn ja, welche: _____

**SCHWANGERSCHAFT**

Ja	Nein	Nicht bekannt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>BESONDERE VORKOMMNISSE</b>
			Wenn ja, welche: _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>MEDIKAMENTENEINNAHME</b>
			Wenn ja, welche und zu welchem Zeitpunkt: _____ _____

**GEBURT**

Schwangerschaftsdauer in Wochen: \_\_\_\_\_      Geburtsgewicht in g: \_\_\_\_\_

Körperlänge in cm: \_\_\_\_\_      Kopfumfang in cm: \_\_\_\_\_

Nabelschnurabfall:    unter 2. Lebenswoche     über 2. Lebenswoche     unbekannt

Komplikationen: \_\_\_\_\_

**FAMILIENANAMNESE**

Ja	Nein	Nicht bekannt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>CHRONISCHE ERKRANKUNGEN in der Familie</b>
			Wenn ja, welche: _____ _____ _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sind Sie, die Eltern des Patienten, (möglicherweise) blutsverwandt?</b> (Konsanguinität)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>GESCHWISTER</b>
			Anzahl der Geschwister: _____ Erkrankungen der Geschwister: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>KINDERGARTENBESUCH</b> von Patient
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>KINDERGARTENBESUCH</b> von Geschwistern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>RAUCHER</b> im Haushalt

**SOZIALANAMNESE**

Kindergarten oder Schulbesuch: \_\_\_\_\_ Schulform: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Leistungen: \_\_\_\_\_

Teilnahme am Sportunterricht? Ja  Nein  Note (ggf. Befreiungsgrund): \_\_\_\_\_

**Wie viele krankheitsbedingte Fehltage hatte ihr Kind in den letzten 12 Monaten?**

**Hat ihr Kind Hobbys?** \_\_\_\_\_

**Wird Freizeitsport betrieben?** \_\_\_\_\_

Beruf Vater: \_\_\_\_\_ Beruf Mutter: \_\_\_\_\_

**IMPFSTATUS**  
Bitte übertragen Sie den Impfstatus (ein Kreuz für jede erfolgte Impfung)

Tetanus / Diphtherie / Pertussis	Poliomyelitis	HPV (Humanes Papillomavirus)	Hepatitis B	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	Varizellen (VZV)	Meningokokken	Pneumokokken	Influenza	SARS-CoV-2	FSME	Weitere (bitte angeben)

Sonstiges:

---



---