

# Anamnesebogen Kinder bis 12 Jahre



Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

## 1. Welche Beschwerden bestehen zurzeit?

## 2. Frühere ernsthafte Erkrankungen?

Neurodermitis? ja nein  
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