

Fachklinikum Borkum Geltungsbereich: Klinik II	Qualitätsmanagement Patientenfragebogen Kind	
---	---	---

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen dient dazu, den Gesundheitszustand Ihres Kindes möglichst umfassend zu erfassen. Wir möchten Ihnen so individuell wie möglich helfen, dafür müssen wir Vieles wissen. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit und füllen Sie den Fragebogen so genau wie möglich aus (gerne mit einem blauen Stift).

Bitte übersenden Sie uns den ausgefüllten Bogen 2 -3 Wochen vor Ihrer Anreise.

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Ist sonst noch jemand Patient bei uns? Mutter Vater Bruder Schwester

Welche Begleitpersonen sind dabei? Mutter Vater Bruder Schwester

Ihr Name: _____ Ihre Handynummer: _____

Vorname: _____ Ihre Mailadresse: _____

Aus welchem Grund kommt Ihr Kind zu uns? _____

Wie geht es Ihrem Kind heute? _____

Wer hatte zuerst die Idee zu dieser Reha? wir, die Familie der behandelnde Arzt die Krankenkasse

Wurde die Reha sofort bewilligt? ja, ohne Probleme nach Widerspruch

Warum wird die Reha hier durchgeführt? unser Wunsch Entscheidung Krankenkasse/ Rentenversicherung
 Empfehlung Arzt Empfehlung Freunde / Bekannte
 wir waren schon mal da wegen des Klimas Empfehlung soziale Medien / Internet

Vollständige Anschrift der **behandelnden Ärzte**:

Name _____ Name _____

Straße _____ Straße _____

Ort _____ Ort _____

Arzt für _____ Arzt für _____

darf einen Entlassungsbrief bekommen

darf einen Entlassungsbrief bekommen

sämtliche Angaben sind freiwillig

Ersteller: ÄD Dr. Berghem	Dokument: PatVw-Fo-A-05	Änderungsstand: 0	Datum: 01/2018
Freigabe: ÄD Dr. Berghem	© Fachklinikum Borkum, Jann-Berghaus-Str. 49, 26757 Borkum		Seite 1 von 8

1.1 aktuelle Beschwerden, bisheriger Verlauf

Infektanfälligkeit (wenn keine Infektanfälligkeit besteht, weiter)

<p>Wann fing die Infektanfälligkeit an? Im Alter von etwa _____ Jahren _____ Monaten</p> <p>Wurde die Infektanfälligkeit durch etwas ausgelöst? (Abstillen, akute Erkrankung, Beginn Kindergartenbesuch...)</p>	bitte nicht beschriften
<p>Wie häufig treten Infekte auf? <input type="checkbox"/> bis zu 6 x <input type="checkbox"/> ca. 6 – 10 x <input type="checkbox"/> mehr als 10 x pro Jahr</p>	
<p>welche Erkrankungen treten besonders häufig auf? besonders oft</p> <p><input type="checkbox"/> Erkältung <input type="checkbox"/> Pseudokrupp <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung</p> <p><input type="checkbox"/> Mandelentzündung <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> obstruktive Bronchitis (siehe unten, <i>Bronchien / Asthma</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Lungenentzündung <input type="checkbox"/> Magen/Darm <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekte</p> <p>andere: _____</p>	
<p>Wie oft jährlich muss Ihr Kind ein Antibiotikum einnehmen? etwa ____ mal pro Jahr</p>	
<p>Wann treten die Beschwerden besonders auf? <input type="checkbox"/> unabhängig von der Jahreszeit</p> <p>vermehrt in den Monaten:</p> <p><input type="checkbox"/> Januar <input type="checkbox"/> April <input type="checkbox"/> Juli <input type="checkbox"/> Oktober</p> <p><input type="checkbox"/> Februar <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> August <input type="checkbox"/> November</p> <p><input type="checkbox"/> März <input type="checkbox"/> Juni <input type="checkbox"/> September <input type="checkbox"/> Dezember</p>	
<p>Gibt es erkennbare Auslöser? _____</p>	
<p>Wann bestand der letzte Infekt? _____ was war das? _____</p>	
<p>Wie war der Verlauf im letzten Jahr? <input type="checkbox"/> gleich bleibend <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> zunehmend</p>	
<p>Sind Untersuchungen wegen der Infektanfälligkeit durchgeführt worden? Welche mit welchem Ergebnis?</p>	
<p>Was war bisher hilfreich (z.B. Medikamente, Operationen)?</p>	
<p>Was hat nicht geholfen (z.B. Medikamente, Operationen)?</p>	z.B. Symbioselenkung
<p>Welche Behandlung wird dauerhaft durchgeführt?</p>	z.B. keine
<p>Welche Behandlung wird bei Bedarf durchgeführt?</p>	z.B. Nasenspray

Bronchien / Asthma (wenn keine Probleme an den Bronchien bestehen, weiter)

<p>Welche Beschwerden? <input type="checkbox"/> ständiger Husten <input type="checkbox"/> obstruktive Bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale</p> <p>Welche Diagnose wurde gestellt?</p> <p><input type="checkbox"/> Verdacht auf Asthma <input type="checkbox"/> obstruktive oder spastische Bronchitis <input type="checkbox"/> Asthma, Infektasthma, allergisches Asthma</p> <p>Wann fingen die Bronchialbeschwerden erstmals an? Im Alter von etwa _____ Jahren _____ Monaten</p> <p>Welche Beschwerden treten auf?</p> <p><input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Pfeifen <input type="checkbox"/> Atemnot, Kurzatmigkeit <input type="checkbox"/> hohes Fieber <input type="checkbox"/> verminderte Leistungsfähigkeit</p> <p>andere: _____</p> <p>Wurden die Beschwerden erstmals durch etwas ausgelöst? (akute Erkrankung, Beginn Kindergartenbesuch, etc....) _____</p> <p>Wie häufig treten deutliche Beschwerden auf?</p> <p><input type="checkbox"/> Täglich ____ mal pro Woche etwa _____ mal im Monat _____ mal im Jahr</p> <p>An wie vielen Tagen im Jahr (von 365 Tagen) hat Ihr Kind leichte Beschwerden? Etwa an _____ Tagen</p>	bitte nicht beschriften
2	

<p>Wann treten die Beschwerden besonders auf?</p> <p><input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung <input type="checkbox"/> bei Infekten <input type="checkbox"/> bei Stress <input type="checkbox"/> bei kalter Luft bei Kontakt zu <input type="checkbox"/> Staub <input type="checkbox"/> Gras <input type="checkbox"/> Tieren, und zwar _____</p> <p>Andere Auslöser: _____</p> <p>Die Beschwerden treten auf : <input type="checkbox"/> unabhängig von der Jahreszeit vermehrt in den Monaten:</p> <p><input type="checkbox"/> Januar <input type="checkbox"/> April <input type="checkbox"/> Juli <input type="checkbox"/> Oktober <input type="checkbox"/> Februar <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> August <input type="checkbox"/> November <input type="checkbox"/> März <input type="checkbox"/> Juni <input type="checkbox"/> September <input type="checkbox"/> Dezember</p>	<p>bitte nicht beschriften</p>
<p>Wie gut ist Ihr Kind körperlich belastbar?</p> <p><input type="checkbox"/> sehr gut, besser als andere Kinder <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> etwas schlechter <input type="checkbox"/> kaum belastbar</p> <p>Sport im Kindergarten / in der Schule ist möglich <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> nicht so gut <input type="checkbox"/> kaum</p> <p>Mein Kind macht Freizeitsport: _____ das geht <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig</p>	
<p>An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen tagsüber Beschwerden?</p> <p><input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> 19-24 <input type="checkbox"/> 11-18 <input type="checkbox"/> 4-10 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> gar nicht</p> <p>An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen Husten oder pfeifende Atmung?</p> <p><input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> 19-24 <input type="checkbox"/> 11-18 <input type="checkbox"/> 4-10 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> gar nicht</p> <p>Wie viele Tage ist es in den letzten 4 Wochen nachts wegen Husten / Asthma aufgewacht?</p> <p><input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> 19-24 <input type="checkbox"/> 11-18 <input type="checkbox"/> 4-10 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> gar nicht</p>	<p>ACT 0 – 5</p>
<p>Wenn Ihr Kind älter als 4 Jahre ist, bitte lassen Sie Ihr Kind die folgenden 4 Fragen selber beantworten, andernfalls antworten Sie bitte für Ihr Kind</p> <p>Wie ist dein Husten/ dein Asthma heute?</p> <p><input type="checkbox"/> sehr schlimm <input type="checkbox"/> schlimm <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut</p> <p>Wie sehr stört dich dein Husten/ dein Asthma wenn du rennst, dich anstrengst, Sport treibst?</p> <p><input type="checkbox"/> Es stört mich sehr, ich kann nicht tun was ich möchte. <input type="checkbox"/> Es stört mich und ich mag das nicht. <input type="checkbox"/> Es stört mich, aber es ist ok. <input type="checkbox"/> Es stört mich nicht.</p> <p>Musst du oft husten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, die ganze Zeit. <input type="checkbox"/> Ja, oft. <input type="checkbox"/> Ja, manchmal. <input type="checkbox"/> Nein, gar nicht.</p> <p>Wachst du nachts auf, weil du husten musst / weil du Asthma hast?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, jede Nacht. <input type="checkbox"/> Ja, oft. <input type="checkbox"/> Ja, manchmal. <input type="checkbox"/> Nein, gar nicht.</p>	<p>0 – 3</p> <p>_____/<19/ 27</p>
<p>Wann hatte Ihr Kind zuletzt eine obstruktive Bronchitis? _____ einen Asthmaanfall? _____</p> <p>Kurzatmigkeit, Luftnot? _____ Reizhusten? _____</p>	
<p>Wie war der Verlauf im letzten Jahr? <input type="checkbox"/> gleich bleibend <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> zunehmend</p>	
<p>Sind deswegen Untersuchungen durchgeführt worden? Welche, wann zuletzt und mit welchem Ergebnis?</p> <p>Allergietest <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Blut wann? _____ Ergebnis: _____</p> <p>Lungenfunktionsuntersuchung wann? _____ Ergebnis: _____</p> <p>Andere Untersuchungen: was? _____ wann? _____ Ergebnis: _____</p>	
<p>Was war bisher hilfreich (z.B. Medikamente, Operationen)?</p>	<p>z.B. Singulair</p>
<p>Was hat nicht geholfen (z.B. Medikamente, Operationen)?</p>	<p>z.B. Mandel -OP</p>
<p>Haben Sie ein Inhalationsgerät? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pari Boy anderes _____</p>	
<p>Haben Sie eine Inhalationshilfe? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Aerochamber <input type="checkbox"/> Vortex <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> mit Maske <input type="checkbox"/> mit Mundstück</p> <p>Haben Sie ein Peak-Flow-Meter? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Werte zwischen _____ und _____ <input type="checkbox"/> niedrigster Wert _____</p> <p>Wann wird gemessen? <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf <input type="checkbox"/> zuletzt etwa _____</p>	
<p>Nimmt Ihr Kind am Disease-Management-Programm (DMP) Asthma bronchiale teil?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ich weiß nicht, was das ist</p>	
<p>Haben Sie an einer Asthmaschulung teilgenommen? <input type="checkbox"/> nein ja, für <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder wann war das zuletzt? _____</p>	
<p>Welche Behandlung wird dauerhaft durchgeführt (seit wann, Dosis)?</p>	<p>z.B. Viani mite 2 x 2</p>
<p>Welche Behandlung wird bei Bedarf durchgeführt (wann zuletzt)?</p>	<p>z.B. Salbutamol - Spray vor 2 Wo. 3</p>

allergischer Schnupfen/Bindehautentzündung/Heuschnupfen

<p>Wie oft traten die Beschwerden in den letzten 12 Monaten auf? <input type="checkbox"/> weniger als 4 Wochen <input type="checkbox"/> mehr als 4 Wochen bei Beschwerden <input type="checkbox"/> mehr als 4 Tage / Woche <input type="checkbox"/> weniger</p> <p>Wann fingen die Beschwerden an? Im Alter von etwa _____ Jahren _____ Monaten</p> <p>Welche Beschwerden treten auf? <input type="checkbox"/> juckende oder gerötete Augen <input type="checkbox"/> laufende Nase <input type="checkbox"/> verstopfte Nase <input type="checkbox"/> Niesen <input type="checkbox"/> Konzentrations- /Schulprobleme <input type="checkbox"/> Schlafprobleme <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen</p> <p>Wann treten die Beschwerden auf? bei Kontakt zu <input type="checkbox"/> Staub <input type="checkbox"/> Gras <input type="checkbox"/> Tieren, und zwar _____ <input type="checkbox"/> unabhängig von der Jahreszeit vermehrt in den Monaten: <input type="checkbox"/> Januar <input type="checkbox"/> April <input type="checkbox"/> Juli <input type="checkbox"/> Oktober <input type="checkbox"/> Februar <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> August <input type="checkbox"/> November <input type="checkbox"/> März <input type="checkbox"/> Juni <input type="checkbox"/> September <input type="checkbox"/> Dezember</p>	<p>bitte nicht beschriften</p>
<p>Sind deswegen Untersuchungen durchgeführt worden? Welche mit welchem Ergebnis? Allergietest <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Blut wann? _____ Ergebnis: _____</p>	
<p>Was war bisher hilfreich (z.B. Medikamente)?</p>	<p>z.B. Cetirizin</p>
<p>Was hat nicht geholfen (z.B. Medikamente)?</p>	<p>z.B. Cromo Spray</p>
<p>Welche Behandlung wird dauerhaft durchgeführt?</p>	<p>z.B. Livocab Spray 2 x</p>
<p>Welche Behandlung wird bei Bedarf durchgeführt?</p>	<p>z.B. Cetirizin</p>
<p>Wird eine Hyposensibilisierungsbehandlung durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> früher, von _____ bis _____ Gegenüber <input type="checkbox"/> Birke <input type="checkbox"/> Frühblühern <input type="checkbox"/> Gräsern <input type="checkbox"/> Hausstaubmilben <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> mit Spritzen <input type="checkbox"/> mit Tabletten <input type="checkbox"/> mit Tropfen <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> nur einige Wochen im Jahr Erleben Sie das als hilfreich? <input type="checkbox"/> ja, sehr <input type="checkbox"/> ja, etwas <input type="checkbox"/> noch nicht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> musste wegen Nebenwirkungen abgebrochen werden</p>	

<p>Hat Ihr Kind andere Beschwerden im Bereich der Atemwege? Welche? _____ _____</p>	
---	--

Haut (wenn keine Probleme an der Haut bestehen, weiter)

<p><input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> trockene Haut <input type="checkbox"/> andere Hautprobleme _____</p> <p>Wann traten erstmalig Symptome an der Haut auf Im Alter von etwa _____ Jahren _____ Monaten</p> <p>Wurden die Beschwerden erstmals durch etwas ausgelöst? (Abstillen, akute Erkrankung....) _____</p> <p>Wie ist der übliche Verlauf? <input type="checkbox"/> stark schwankend <input type="checkbox"/> Dauerbeschwerden <input type="checkbox"/> deutliche Krankheitsschübe</p> <p>Wie war der Verlauf in den letzten 12 Monaten? <input type="checkbox"/> gleich bleibend <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> zunehmend</p> <p>Wann war Ihr Kind das letzte Mal mindestens 4 Wochen völlig beschwerdefrei? _____</p> <p>Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt der Juckreiz zur Zeit ist, bitte kreuzen Sie eine Zahl an. keiner 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 unerträglich, heftig</p> <p>Wie sehr ist der Schlaf durch die Hautprobleme zur Zeit gestört? nicht 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 kein Schlaf möglich</p> <p>Wie war der durchschnittliche Hautzustand der letzten 12 Monate? prima 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 extrem schlimm</p> <p>Wann treten die Beschwerden besonders auf? <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> bei Infekten <input type="checkbox"/> Tierkontakte: _____ <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Schwitzen <input type="checkbox"/> Bettenmachen / Staubkontakt (z.B. Staubsaugen) <input type="checkbox"/> Wollkontakt <input type="checkbox"/> Pollenzeit <input type="checkbox"/> Wetterwechsel <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel (bitte Näheres bei H eintragen)</p> <p><input type="checkbox"/> unabhängig von der Jahreszeit vermehrt in den Monaten: <input type="checkbox"/> Januar <input type="checkbox"/> April <input type="checkbox"/> Juli <input type="checkbox"/> Oktober <input type="checkbox"/> Februar <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> August <input type="checkbox"/> November <input type="checkbox"/> März <input type="checkbox"/> Juni <input type="checkbox"/> September <input type="checkbox"/> Dezember</p>	<p>bitte nicht beschriften</p>
--	--------------------------------

Sind deswegen Untersuchungen durchgeführt worden? Welche mit welchem Ergebnis ?		z.B. Elidel z.B. Linola fett Creme z.B. Neuroderm Creme z.B. Ellenbeugen Hydrokortison Salbe 2x tägl.
Allergietest <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Blut	wann? _____ Ergebnis: _____	
Haben Sie an einer Neurodermitis- schulung teilgenommen?	<input type="checkbox"/> nein ja, für <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder wann war das? _____	
Was war bisher hilfreich (z.B. Salben, Medikamente)?		
Was hat nicht geholfen oder wurde nicht vertragen (z.B. Salben, Medikamente)?		
Die Hautpflege wird aktuell durchgeführt mit:		
<input type="checkbox"/> keine regelmäßige Pflege <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf <input type="checkbox"/> 1 x täglich <input type="checkbox"/> 2 x täglich <input type="checkbox"/> häufiger		
Welche Behandlung der Ekzemstellen wird durchgeführt?		
Wo:	womit:	wann zuletzt:

Ernährung / Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten

Besteht eine Unverträglichkeit gegenüber Nahrungsmitteln ? Bitte geben Sie genau an, welche Nahrungsmittel Ihr Kind nicht verträgt, welche Reaktion auftritt und wann diese Reaktion zuletzt beobachtet wurde.	<u>Nahrungsmittel:</u>	<u>Reaktion:</u>	<u>Wann zuletzt?</u>	bitte nicht beschriften
	Kuhmilch : _____	_____	_____	
	Ei : _____	_____	_____	
	Weizen : _____	_____	_____	
	Soja : _____	_____	_____	
	Fisch : _____	_____	_____	
	Erdnüsse : _____	_____	_____	
	Andere: _____	_____	_____	
Hält Ihr Kind derzeit eine bestimmte Diät ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wir verzichten auf: Nahrungsmittel	Wie konsequent meiden Sie das?			
_____	<input type="checkbox"/> Reduzierung <input type="checkbox"/> völliger Verzicht <input type="checkbox"/> auch keine Spuren			
_____	<input type="checkbox"/> Reduzierung <input type="checkbox"/> völliger Verzicht <input type="checkbox"/> auch keine Spuren			
_____	<input type="checkbox"/> Reduzierung <input type="checkbox"/> völliger Verzicht <input type="checkbox"/> auch keine Spuren			
_____	<input type="checkbox"/> Reduzierung <input type="checkbox"/> völliger Verzicht <input type="checkbox"/> auch keine Spuren			
Haben Sie einen <input type="checkbox"/> Notfallpass oder <input type="checkbox"/> Anaphylaxieausweis				
Haben Sie ein Notfallset? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ist immer beim Kind <input type="checkbox"/> ja, ist meist beim Kind				
Im Notfallset ist (Name Medikamente)	Kortison: _____			
	Allergiemedikament _____			
	Inhaliermittel _____			
	Adrenalin-spritze: _____			
Wie sicher sind Sie in der Anwendung des Notfallsets? <input type="checkbox"/> sehr sicher <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ziemlich unsicher				
Haben Sie an einer Anaphylaxieschulung teilgenommen? <input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> mein Arzt hat mir alles erklärt <input type="checkbox"/> ja, an einer Gruppenschulung <input type="checkbox"/> mein Kind ist auch geschult				

Weitere Gesundheitsprobleme (wenn keine weiteren Probleme bestehen, weiter)

Welche Beschwerden, seit wann, wie wird das behandelt?	bitte nicht beschriften
--	-------------------------

1.3 Vorerkrankungen, Alltag, Familiengeschichte

Hatte Ihr Kind schwere Vorerkrankungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Operationen (was und wann): Unfälle (was und wann): Stationäre Krankenhausaufenthalte Wann _____ warum _____ wo ? _____ _____ Wurde schon eine Reha -Maßnahme durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein ja, wann: _____ wo: _____ warum: _____ erfolgreich? _____ ja, wann: _____ wo: _____ warum: _____ erfolgreich? _____ Kinderkrankheiten/Vorerkrankungen: geimpft Windpocken (Varizellen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann: _____ <input type="checkbox"/> Röteln, Ringelröteln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann: _____ <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann: _____ <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann: _____ <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann: _____ <input type="checkbox"/> letzte Tetanusimpfung im Jahr: _____ Impfungen: <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig weil: _____ Bekommt Ihr Kind derzeit regelmäßig <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Frühförderung _____ Wer raucht in der Umgebung des Kindes? <input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter _____ Welche Haustiere haben Sie? _____ <input type="checkbox"/> keine Haustiere Zu welchen Tieren hat Ihr Kind regelmäßig Kontakt? _____ <input type="checkbox"/> keine Haustiere Wie alt ist die Matratze Ihres Kindes? _____ Jahre Hat das Bett encasings (Milbenüberzüge)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> für Matratze <input type="checkbox"/> für Decke und Kissen Fußböden: Haben Sie <input type="checkbox"/> Teppichboden <input type="checkbox"/> Teppiche <input type="checkbox"/> Holz/Laminatboden <input type="checkbox"/> Fliesen <input type="checkbox"/> Korkboden Gibt oder gab es Schimmel in der Wohnung? _____ <input type="checkbox"/> kein Schimmel Welche regelmäßige sportliche Aktivität hat Ihr Kind? im Sportverein _____ Stunden pro Woche wie viel Schulsport? _____ Stunden pro Woche <input type="checkbox"/> andere: _____ Welche Sportart(en)? _____ Wie viele Stunden nutzt Ihr Kind Handy, Fernsehen und PC? _____ Stunden <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> pro Woche Gibt es in der Familie Hauterkrankungen oder allergische Krankheiten (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Heuschnupfen, Asthma, Nahrungsmittelallergien)? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><u>Erkranktes Familienmitglied:</u></td> <td style="width: 50%;"><u>Welche Krankheit:</u></td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> Gibt es in Ihrer Familie andere schwere Erkrankungen (z.B. Anfallsleiden, Zuckerkrankheit, Krebserkrankungen, Rheuma, Herz- oder Kreislaufkrankungen)? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><u>Erkranktes Familienmitglied:</u></td> <td style="width: 50%;"><u>Welche Krankheit:</u></td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	<u>Erkranktes Familienmitglied:</u>	<u>Welche Krankheit:</u>									<u>Erkranktes Familienmitglied:</u>	<u>Welche Krankheit:</u>							bitte nicht beschriften
<u>Erkranktes Familienmitglied:</u>	<u>Welche Krankheit:</u>																		
<u>Erkranktes Familienmitglied:</u>	<u>Welche Krankheit:</u>																		

1.4 Geburt, Belastungen

Schwangerschaftsverlauf: <input type="checkbox"/> unkompliziert oder: _____ Entbindung: in der ____ . SSWoche <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt oder: _____ Geburtsgewicht: _____ g Geburtslänge: _____ cm Säuglingsnahrung: gestillt _____ Monate voll _____ Monate teilweise <input type="checkbox"/> normale Säuglingsnahrung <input type="checkbox"/> HA – Milch <input type="checkbox"/> Spezialnahrung Gab es Probleme bei der Entwicklung des Kindes (z.B. beim Laufen, Sprechen...)? _____ Gab es für Ihr Kind besondere Belastungen in der Vergangenheit (z.B. Todesfälle, Verluste, familiäre Krisen)?	bitte nicht beschriften
--	-------------------------

1.6 Stoffwechsel

Wie ist der Appetit? <input type="checkbox"/> grenzenlos <input type="checkbox"/> etwas zu gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> etwas gering <input type="checkbox"/> viel zu gering Was isst Ihr Kind besonders gern und oft?	bitte nicht beschriften
Trinkmenge? <input type="checkbox"/> grenzenlos <input type="checkbox"/> etwas zu gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> etwas gering <input type="checkbox"/> viel zu gering Was trinkt Ihr Kind besonders gern und oft?	
Schwitzen <input type="checkbox"/> extrem viel <input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> ok <input type="checkbox"/> viel im Schlaf <input type="checkbox"/> auffällig wenig	
Wie ist der Schlaf ? <input type="checkbox"/> Alpträume <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Einschlafprobleme <input type="checkbox"/> Durchschlafprobleme	
Verdauung? <input type="checkbox"/> wechselhaft <input type="checkbox"/> oft Durchfall <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> oft verstopft <input type="checkbox"/> oft Bauchschmerz	
Wasserlassen <input type="checkbox"/> sehr oft <input type="checkbox"/> zu selten <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> nässt tags ein <input type="checkbox"/> nässt nachts ein	
Bei Mädchen: Wann war die erste Periode? Im Alter von: ____ J. Ist der Zyklus regelmäßig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Meine Tochter hat <input type="checkbox"/> starke Blutungen <input type="checkbox"/> starke Schmerzen	

2.1 Familie, Vorlieben

Familienverhältnisse / Schule Hat das Kind Geschwister? <input type="checkbox"/> nein <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Bruder</th> <th>Schwester</th> <th>Geburtsjahr</th> <th></th> <th>Bruder</th> <th>Schwester</th> <th>Geburtsjahr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>3.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>4.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> Familienstand der Eltern: <input type="checkbox"/> leibliche Eltern miteinander verheiratet <input type="checkbox"/> leibliche Eltern im gleichen Haushalt <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Kind ist adoptiert <input type="checkbox"/> der Vater/ <input type="checkbox"/> die Mutter ist verstorben <input type="checkbox"/> bitte nicht in Gegenwart des Kindes besprechen <input type="checkbox"/> allein erziehend <input type="checkbox"/> neuer Partner im gleichen Haushalt Kind lebt überwiegend bei <input type="checkbox"/> der Mutter <input type="checkbox"/> dem Vater Wer hat das Sorgerecht? <input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____ aktueller Beruf der Mutter: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit _____ Std./Woche aktueller Beruf des Vaters: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit _____ Std./Woche Gibt es Streit in der Familie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unter den Geschwistern <input type="checkbox"/> unter den Eltern <input type="checkbox"/> mit den Großeltern Wie ist der Kontakt Ihres Kindes zu: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th><input type="checkbox"/> sehr gut</th> <th><input type="checkbox"/> gut</th> <th><input type="checkbox"/> in Ordnung</th> <th><input type="checkbox"/> könnte besser sein</th> <th><input type="checkbox"/> nicht gut</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mutter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vater</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Geschwistern</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Großeltern</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gleichaltrigen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lehrer / Erzieher</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> Hat Ihr Kind Hobbys? Welche?		Bruder	Schwester	Geburtsjahr		Bruder	Schwester	Geburtsjahr	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> in Ordnung	<input type="checkbox"/> könnte besser sein	<input type="checkbox"/> nicht gut	Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lehrer / Erzieher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bitte nicht beschriften
	Bruder	Schwester	Geburtsjahr		Bruder	Schwester	Geburtsjahr																																																												
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																												
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																												
	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> in Ordnung	<input type="checkbox"/> könnte besser sein	<input type="checkbox"/> nicht gut																																																														
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Lehrer / Erzieher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														

2.2 Kindergarten, Schule

Besucht Ihr Kind eine Kindereinrichtung oder die Schule? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kindereinrichtung: <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte <input type="checkbox"/> Hort <input type="checkbox"/> Tagesmutter seit _____ Schule, und zwar während der Rehabilitation die _____. Klasse einer <input type="checkbox"/> Förderschule welche? _____ <input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Waldorfschule Schulische Besonderheiten/Probleme: Gibt es Lieblingsfächer? _____ Problemfächer? _____	bitte nicht beschriften
--	-------------------------

2.3 Einschränkungen

Gesundheitliche Einschränkungen / aktuelle Beschwerden Ist Ihr Kind durch seine Erkrankungen in folgenden Bereichen eingeschränkt?					bitte nicht beschriften
	nein, kein Problem	leicht eingeschränkt	deutlich eingeschränkt	sehr stark eingeschränkt	
Regelmäßiger Besuch Kindergarten / Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altersgerechte Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontakte zu Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körperliche Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufenthalt im Freien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
alles essen können/ dürfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Was kann Ihr Kind wegen seiner Krankheit nicht wie ein gesundes Kind? An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten musste Ihr Kind im Kindergarten / der Schule krankheitsbedingt fehlen? ca. _____ Tage					

4.1. Rehabilitationsziele

Bitte geben Sie bis zu 3 Ziele (s.u.) an, die Sie in der Rehabilitation verfolgen wollen	Bitte schätzen Sie den Zustand / die Kenntnisse auf einer Skala von 0 (sehr schlecht) bis 10 (sehr gut) ein und kreuzen Sie die passendste Zahl an		bitte nicht beschriften
	Zustand bei Anreise	Ihr Ziel für die Reha	Reha - Ende
Hauptziel (Buchstabe) _____	0- 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10	
2. Ziel (Buchstabe) _____	0- 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10	
3. Ziel (Buchstabe) _____	0- 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10	
Ziele			
A	Optimierung der medikamentösen Therapie /Einstellung	I	Besserung des Hautzustandes
B	Schulung für einen sicheren Umgang mit der Erkrankung	J	Verringerung des Juckreiz tagsüber
C	Besserung der Atemfunktion	K	Verringerung des Juckreiz nachts
D	Steigerung der körperlichen Belastbarkeit	L	Optimierung der Therapie
E	Erlernen Selbstkontrolle durch Peak-Flow-Messungen	M	Information durch Patientenschulung
F	Notfallmanagement (wann mache ich was im Notfall)	N	Selbständigkeit im Umgang mit der Erkrankung
G	Weniger Fehlzeiten in Schule, Kindergarten	O	Steigerung der Lebensqualität
H	anderes Ziel: _____	P	anderes Ziel: _____
Woran werden Sie am Ende der Rehabilitation merken, dass Sie Ihre Ziele erreicht haben? _____ <input type="checkbox"/> kann ich dann noch nicht beurteilen			

Bitte bringen Sie sämtliche medizinischen Unterlagen über Ihr Kind mit, auch wenn diese bereits mit dem Rehaantrag eingereicht wurden. Besonders wichtig sind Allergieteste, Lungenfunktionsuntersuchungen, Facharzt- und Krankenhausberichte. Bitte bringen Sie auch alle Medikamente mit, die Ihrem Kind verordnet wurden. Auch Hilfsmittel wie Peakflow Geräte und Inhalationshilfen (Vortex oder Aerochamber sollten Sie einpacken).

Haben Sie vielen Dank für Ihre Unterstützung.