



Westpfalz-Klinikum
GmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universitäten Mainz und Heidelberg



Herzzentrum
Westpfalz

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Perinatalzentrum, Neonatologie
und Kinderkardiologie

Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Kriebel
Chefarzt

Westpfalz-Klinikum GmbH • Standort I
Hellmut-Hartert-Straße 1 • 67655 Kaiserslautern

Abteilung/Bereich	Westpfalz-Klinikum GmbH
Raum	Klinik für- Kinder- und Jugendmedizin Haus 20 / Ebene 1 / Raum 0206
Telefon	0631 203-83910
Telefax	0631 203-1782
E-Mail	funktionsdiagnostik-kl@westpfalz-klinikum.de Westpfalz-klinikum.de
Datum	Kaiserslautern, 23.10.2025
	Standort I KL.KUS.KIB.ROK T 0631 203-0

» Liebe Familien,

um das Gespräch mit dem Arzt optimal vorzubereiten und die Vorbereitung für Sie zu erleichtern,
möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Bringen Sie bitte auch schon vorhandene Untersuchungsbefunde sowie Berichte von eventuellen
Klinikaufenthalten mit.

Vielen Dank.

Wer füllt den Fragebogen aus? _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ich bin damit einverstanden, dass der Arzt mit mir per E-Mail kommuniziert:

ja nein

Datum: _____
Patientenname: _____

Unterschrift Eltern: _____
Geburtsdatum: _____

Kinderarzt: _____ Datum: _____

Westpfalz-Klinikum GmbH • Hellmut-Hartert-Str. 1 • 67655 Kaiserslautern
www.westpfalz-klinikum.de • info@westpfalz-klinikum.de

Sparkasse Kaiserslautern IBAN: DE76 5405 0220 0004 0099 99
Kreissparkasse Kusel IBAN: DE75 5405 1550 0000 0044 16
Sparkasse Donnersberg IBAN: DE78 5405 1990 0060 4717 11
apoBank IBAN: DE69 3006 0601 0003 5787 01

Geschäftsführer: Thorsten Hemmer • Aufsichtsratsvorsitz: Johannes Huber
Registergericht Kaiserslautern HRB 3089 • USt-IdNr.: DE180151467

SWIFT-BIC: MALADE51KLK
SWIFT-BIC: MALADE51KUS
SWIFT-BIC: MALADE51ROK
SWIFT-BIC: DAAEDEDXXX

Grund der Vorstellung:

- Chronischer Husten
- Rez. obstr. Bronchitiden
- Krupp/Pseudokrupp
- Atembeschwerden bei Belastung
- Allergische Rhinokonjunktivitis
- Nahrungsmittelallergie
- Atopische Dermatitis
- Allgemeine Abklärung
- Sonstige: _____

Beginn der Problematik: _____

Atemwege / Lunge:

Wenn Bronchitiden

Dauer der Episoden in Tagen/Wochen: _____

Wie lange ist die Zeit zwischen den Episoden etwa? _____

Husten

- stellt kein Problem dar
- trocken
- teils trocken, teils produktiv
- produktiv

Atemwegsbeschwerden

- bevorzugt im Sommer
- bevorzugt im Herbst
- bevorzugt im Winter
- bevorzugt im Frühjahr
- bevorzugt in Frühjahr und Sommer
- bevorzugt in Herbst und Winter
- ohne eindeutige jahreszeitliche Bevorzugung

Atemwegsbeschwerden/Husten

- bevorzugt tags
- bevorzugt nachts
- tags und nachts
- bei körperl. Belastung
- nachts und bei körperl. Belastung

Atemwegsbeschwerden und Husten treten auf an _____ Tagen/_____ Nächten im Monat.

Luftnot ist

- nicht aufgetreten
- fraglich aufgetreten
- aufgetreten
- aufgetreten bei körperl. Belastung

Wenn Luftnot, dann Dauer der Luftnot: _____

Pfeifende Atmung aufgetreten?

Nein Ja

Wenn ja: Wann und wie lange? _____

Wenn ja: Gibt es einen Film der Symptome? _____

Pneumonie/Lungenentzündung? Nein Ja

Verschluckereignis/Aspirationsereignis? Nicht erinnerlich Ja

Tuberkulose-Kontakte/Kontakte zu Personen mit unklaren

Lungenerkrankungen?
 Nein Ja

Therapie für die Lunge:

Bisherige (frühere) Medikation: _____

Aktuelle Therapie: _____

Atemwege/HNO-Bereich/Heuschnupfen:

Häufig behinderte Nasenatmung? Zu welcher Jahreszeit?

Häufiges Niesen (bevorzugt morgens, bevorzugt Tags, bevorzugt nachts, tags und nachts):

Gehäuftes Schnarchen und Schlafen mit offenem Mund?

„Adenomie? _____

Paukenrörchen? _____

Augenjucken (selten, gelegentlich, häufig, zu welcher Jahreszeit?)

Heuschnupfen? Seit wie vielen Jahren?

Beschwerden im Zeitraum von folgenden Monaten, Maximum der Beschwerden:

Therapie für den HNO-Bereich:

Bisherige (frühere) Medikation: _____

Aktuelle Therapie: _____

Hautprobleme (trockene Haut, Ekzeme, Neurodermitis):

Neurodermitis Nein

Ja

Nesselsucht/Urtkaria Nein

Ja

Auslöser

Wärme

Kälte

Sport

Andere: _____

Therapie für die Haut:

Bisherige (frühere) Medikation: _____

Aktuelle Therapie: _____

Nahrungsmittel:

Reaktion auf Nahrungsmittel? Nein

Ja Wenn ja,

auf welche Nahrungsmittel?

Welche Reaktionen sind aufgetreten?

Urtikaria

Halskribbeln

Lippenschwellung

Augenschwellung

Husten, Luftnot

Bauchschmerzen/Erbrechen/Durchfall

Andere

Welche? _____

Welche Therapie ist erfolgt? _____

Gibt es Blutwerte hinsichtlich der Allergien? Welche? _____

Sonstige Vorgeschichte, sonstige Symptome:

Geburt zum Termin?

Wenn nein, in welcher Schwangerschaftswoche wurde das Kind geboren?

Besonderheiten direkt nach der Geburt? Wenn ja, welche?

Besonderheiten in den ersten Lebensjahren

(häufig Bronchitis/Lungenentzündung, Pseudokrupp, häufig Mittelohrentzündung, Operationen):

Sonstige Beschwerden:

- häufig Bauchschmerzen
- häufig Durchfälle
- häufig Erbrechen, häufig Aufstoßen
- häufig Mundgeruch
- Zahnprobleme (Karies, Beläge, ...)

Sonstige Erkrankungen: _____

Familienanamnese: _____

Nikotinkonsum? Nein Ja

- Vater außerhalb der Wohnung
- Mutter außerhalb der Wohnung
- Vater in der Wohnung
- Mutter in der Wohnung

Fußböden

- Wischbar
- Teppichböden

Schimmel / Feuchtigkeit an Wänden? _____

Haustiere? _____
