

Elternfragebogen Asthma-Schulung

Kurs
(wird vom SCHULZE ausgefüllt)

Liebe Eltern,

Datum

Sie werden demnächst an unserer ambulanten Asthma-Schulung teilnehmen. Zur Vorbereitung des Kurses möchten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen bitten. Durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns, besser auf Ihre Bedürfnisse eingehen und damit den Kurs effektiver gestalten zu können.

Name, Vorname Ihres Kindes

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ Mädchen ☐ Junge

Größe

Gewicht

Adresse

Telefon

Anamnese

Name, Vorname der Mutter

Ausbildung

derzeitige berufl. Tätigkeit

Name, Vorname des Vaters

Ausbildung

derzeitige berufl. Tätigkeit

Eltern geschieden?

☐ ja

☐ nein

getrennt lebend?

☐ ja

☐ nein

Geschwister Vorname, Name, Alter, Schule (Klasse)/Beruf

Welche Personen halten sich noch regelmäßig in Ihrem Haushalt auf?

1. In welchem Alter traten bei Ihrem Kind zum ersten Mal Asthmasymptome (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, etc.) auf?

Im Alter von Jahren bzw. Monaten

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

Im Alter von Jahren bzw. Monaten

3. Bei wem war der erste Arztbesuch im Zusammenhang mit den asthmatischen Beschwerden Ihres Kindes?

☐ Praktischer Arzt/Allgemeinmediziner

☐ Kinderarzt

☐ Ambulanz/Klinik

☐ Sonstige

4. Wer in der Familie/Verwandtschaft (auch entferntere Verwandtschaft) leidet an:

☐ Asthma (allergisch oder nicht-allergisch)?

☐ Heuschnupfen/allergischem Schnupfen?

☐ Medikamentenallergie

☐ Lebensmittelallergie

☐ Ekzemen/Neurodermitis?

5. Leidet Ihr Kind noch an anderen chronischen Erkrankungen? Wenn ja, welche?

☐ Nein ☐ Ja

6. Wie oft hat Ihr Kind einen Asthma-Anfall (starke Atemnot) gehabt?

7. Hat Ihr Kind schon einmal wegen seines Asthmas in der Schule gefehlt? Wenn ja, wie oft?

8. Kommt es vor, dass der Schlaf Ihres Kindes durch sein Asthma gestört wird?
Wenn ja, wie oft?

9. Wie oft musste Ihr Kind wegen seines Asthmas Aktivitäten (z.B. Sport, Spiele, Freunde treffen etc.) abbrechen bzw. ganz unterlassen?

10. Wie viele Arztbesuche/Arztkontakte erfolgten wegen des Asthmas Ihres Kindes?

11. War Ihr Kind wegen seines Asthmas je stationär im Krankenhaus?
Wenn ja, wie oft?

12. Bitte kreuzen Sie im entsprechenden Feld die jeweilige Aussage an:

	stimmt genau	stimmt weitgeh.	stimmt teilweise	stimmt weniger	stimmt nicht
a) Ich bin beunruhigt, wenn mein Kind Asthmasymptome hat					
b) Mir ist ständig bewusst, dass mein Kind Asthma hat					
c) Ich fühle mich irgendwie schuldig am Asthma meines Kindes					
d) In unserer Familie herrscht trotz des Asthmas eine entspannte Atmosphäre					
e) Ich schenke meinem asthmakranken Kind mehr Aufmerksamkeit als meinen anderen Kindern					
Wir haben keine weiteren Kinder					
f) Ich bin zufrieden, wie wir in der Familie mit dem Asthma umgehen					
g) Mein Kind traut sich nicht, (in der Schule und mit Freunden) über sein Asthma zu sprechen					
h) Ich glaube, dass das Asthma meines Kindes sich darauf auswirkt, wie es mit anderen Kindern zurechtkommt					
i) Die Schulleistungen meines Kindes haben sich durch das Asthma verschlechtert					
j) Die Zukunftsaussichten meines Kindes sind genauso gut wie die nicht asthmatischer Kinder					
k) Ich habe den Eindruck, dass mein Kind ängstlicher ist als andere Kinder					
l) Ich denke, dass ich vergleichsweise mehr Angst um mein Kind habe als andere Eltern					
m) Mein Kind kümmert sich allein um seine Medikamente					
n) Mein Kind kann richtig einschätzen, wie es seiner Lunge geht					
o) Ich denke, dass mein Kind Asthmabeschwerden rechtzeitig wahrnimmt und darauf reagiert (Pausen, Lippenbremse etc.)					
p) Bei einem Asthmaanfall kann sich mein Kind selber helfen					
q) Die Asthmaanfälle lassen sich nicht beeinflussen; wenn mein Kind Pech hat, sind sie plötzlich da					

13. Bitte schätzen Sie – getrennt voneinander – den derzeitigen Schweregrad des Asthmas auf der folgenden Skala ein (ankreuzen)

	sehr leicht				sehr schwer
Einschätzung durch die Mutter					
Einschätzung durch den Vater					
Einschätzung durch das Kind					

14. Wie beurteilen Sie insgesamt die Verfassung Ihres Kindes?

	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
Die körperliche Verfassung					
Die seelische Verfassung					

15. Wie sehen Sie alles in allem die Zukunft Ihres Kindes im Vergleich zu nicht-asthmatischen Kindern?

	viel schlechter	schlechter	genauso wie jetzt	besser	viel besser

16. Hat das Asthma Ihres Kindes einen Einfluss auf Ihre Berufswahl/Berufsausübung gehabt? (z.B. Haushalt statt Beruf, Teilzeitstelle, etc.)

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bei wem? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide

Inwiefern?

17. Wie oft sind Ihre sozialen Aktivitäten in den letzten drei Monaten durch das Asthma Ihres Kindes eingeschränkt worden? (z. B. Besuche, Freizeitgestaltung, etc.)

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie

18. Für welches Familienmitglied und inwiefern bewirkt das Asthma Einschränkungen?

19. Haben Sie ein Peak-Flow-Meter? ☐ ja ☐ nein ☐ kenne ich nicht

Wenn ja, wie oft benutzen Sie es?

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie

20. Richten Sie sich, bzw. Ihr Kind nach dem Peak-Flow-Meter, um zu beurteilen, wie es seiner Lunge geht?

☐ ja ☐ nein ☐ mehr oder weniger

21. Was tut Ihr Kind, wenn Luftnot, Pfeifen, Brummen oder festsitzender Husten auftritt?

22. Gibt es Streit um das Einnehmen von Medikamenten?

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie

23. Nimmt Ihr Kind Medikamente vor dem Sport? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche(s)

24. Hat Ihr Kind bereits an einer Kurmaßnahme und/oder Asthmaschulung teilgenommen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, an was für einer?

- ☐ stationärer Schulungskurs
- ☐ Hausarztschulung
- ☐ ambulante Schulung
- ☐ Kur mit Schulung
- ☐ Kur ohne Schulung
- ☐ ambulante Kurmaßnahme

25. Wie sind Sie auf diese Schulung aufmerksam geworden?

- ☐ Arzt
- ☐ Freunde, Verwandte, Bekannte
- ☐ Medien
- ☐ Allergiker- und Asthmabund
- ☐ Frühere Teilnehmer
- ☐ Sonstige

26. Welche Schwierigkeiten und Probleme möchten Sie während des Schulungskurses vor allem gelöst haben?

27. Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an den Schulungskurs?

28. Wer hat den Elternfragebogen ausgefüllt?

- ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide Eltern zusammen ☐ Sonstige

Datum, an dem der Fragebogen ausgefüllt wurde

Liebe Eltern,

sicherlich hat es jetzt einige Zeit gekostet, diesen Fragebogen auszufüllen. Wir danken Ihnen daher sehr für Ihre Mühe und freuen uns auf die Schulung mit Ihnen.

Ihr SCHULZE-Team