

## Asthma-Schulung / Fragebogen für den behandelnden Arzt

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Das o.g. Kind wird demnächst mit seinen Eltern an einer Asthma-Schulung teilnehmen. Zur Vorbereitung des Kurses möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns dadurch, während der Schulung besser auf die individuelle Situation des Kindes und seiner Eltern eingehen und damit den Kurs effektiver gestalten zu können.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

1. Seit wann wird das o.g. **Kind** von Ihnen betreut?

☐ < 1 Jahr    ☐ 1-3 Jahre    ☐ > 3 Jahre    ☐ seit Geburt

2. Behandeln Sie auch **Familienangehörige** des o.g. Kindes?

☐ ja    Wenn ja, wen?    ☐ Vater    ☐ Mutter    ☐ Geschwister  
☐ nein

3. Wurde die **Diagnose** Asthma erstmals von Ihnen gestellt/vermutet?

☐ ja    ☐ nein

4. Wie oft wurde das Kind wegen des Asthmas **ambulant** bei Ihnen vorgestellt?

☐ in den vergangenen 12 Monaten \_\_\_\_ Mal  
☐ in den vergangenen 3 Monaten \_\_\_\_ Mal

5. Wie oft war das Kind wegen des Asthmas **stationär** im Krankenhaus?

☐ in den vergangenen 12 Monaten \_\_\_\_ Mal  
☐ in den vergangenen 3 Monaten \_\_\_\_ Mal

- 2 -

- 2 -

6. Wie oft erfolgten **Noffalleinweisungen** wegen des Asthmas?

☐ in den vergangenen 12 Monaten \_\_\_\_ Mal

☐ in den vergangenen 3 Monaten \_\_\_\_ Mal

7. Welche **medikamentöse Dauertherapie** erhält das Kind?

**Name des Präparates**

**Dosierung**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

8. Welche **Bedarfsmedikation** erhält das Kind?

**Name des Präparates**

**Dosierung**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Wünschen Sie weitere Informationen zur Asthma-Schulung des Schulungszentrums **SCHULZE**?

☐ ja    ☐ nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift