



Liebe Eltern, Liebe Patienten,

nachfolgend bitten wir Sie um das möglichst genaue Ausfüllen des Fragebogens.

Dies ist wichtig für die genaue Erhebung der Krankengeschichte und daraus folgenden Therapiekonsequenzen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Nimmt Ihr Kind momentan Medikamente ein? Falls ja, wann und wie oft?

Früh - Mittags - Abends - bei Bedarf

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Viani Diskus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Viani mite Diskus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Viani forte Diskus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Viani Dosieraerosol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Viani mite Dosieraerosol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Viani forte Dosieraerosol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Flutide mite Diskus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Flutide forte Diskus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Flutide Dosieraerosol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Flutide mite Dosieraerosol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Flutide forte Dosieraerosol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Salbutamol Easyhaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Salbutamol Dosieraerosol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalation mittels Inhaliergerät:		<input type="checkbox"/> Kochsalz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Salbutamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Atrovent/Ipratropium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Budenobronch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____				

Falls Ihr Kind ein Dosieraerosol benutzt: Inhaliert es mit einer Inhalierhilfe?

Nein Ja

Hat sich an der Dosierung der Medikamente seit der letzten Vorstellung etwas geändert?

Nein Ja: _____