

A.N.A.N.A.S.

Ambulante Nürnberger
Asthma- Neurodermitis-
und Adipositas- Schulung



Liebe(r)

Du hast Dich zur Asthmaschulung angemeldet.

Damit wir uns auf Deine Bedürfnisse einstellen und die Schulung für alle effektiv gestalten können, bitten wir Dich, diesen Fragebogen alleine oder mit Hilfe deiner Eltern vollständig auszufüllen bzw. Zutreffendes anzukreuzen.

Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

	Name	Alter	Beruf / derzeitige Tätigkeit	eigene allergische Erkrankungen
eigener Name
Mutter
Vater
Geschwister

Adresse; _____

Telefon / Handy: _____

Hast Du eine Kurmaßnahme besucht ? nein ja
wenn ja, dann mit Asthmaschulung ohne Asthmaschulung

Machst Du Sport ? ja regelmäßig unregelmäßig nein

Welche Sportarten betreibst Du? _____

Welche Hobbys hast Du sonst noch ? _____

Bei Dir wurde vom Kinder- und Jugendarzt festgestellt:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Infektasthma | <input type="checkbox"/> allergisches Asthma |
| <input type="checkbox"/> Anstrengungsasthma | <input type="checkbox"/> häufige Bronchitis | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Ekzem / Neurodermitis | <input type="checkbox"/> allergische Coniunctivitis (Augentränen) | |

Wie alt warst Du, als die Diagnose „Asthma“ gestellt wurde ? _____

Welche Symptome hast Du ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> häufiges bis ständiges Husten oder Hüsteln | <input type="checkbox"/> heftige Hustenanfälle |
| <input type="checkbox"/> pfeifendes Atemgeräusch | <input type="checkbox"/> rasche Ermüdbarkeit |
| <input type="checkbox"/> keuchende Atmung | <input type="checkbox"/> häufiger Schnupfen |
| <input type="checkbox"/> häufige Erkältungen | |

Wie alt warst Du, als die Symptome das erste Mal auftraten ? _____

Wann treten Die Symptome bei Dir auf ?

- beim Rauchen oder bei Kontakt mit Zigarettenrauch nachts im eigenen Bett
 Bei Kontakt mit Tieren: _____
 zu bestimmten Pollenflugzeiten: _____
 bei sportlicher Anstrengung bei psychischer Belastung
 bei Nebel bei Sturm an extrem heißen Tagen bei Kälte
 in abgasbelasteter Umgebung
 Nach dem Verzehr bestimmter Lebensmittel: _____

Habt Ihr Haustiere ? nein ja, : _____
Wurden Haustiere wegen des Asthmas abgeschafft ? nein ja

Hast Du eine nachgewiesene Hausstaubmilbenallergie ? nein ja

Kennst Du das Peak Flow Meter ? nein ja
Wenn ja, benutzt Du es regelmäßig ? nein ja

Nimmst Du **regelmäßig** Medikamente ein ? nein ja
Wenn ja, welche? _____

Wie erfolgt die Einnahme ?

- mit Dosieraerosol mit Inhalationshilfe ohne Inhalationshilfe
 als Pulverinhalation (mit Turbohaler , Diskus o.ä.): _____
 als Feuchtinhalation (mit Pari Boy, Calimero o.ä.): _____

Nimmst Du **unregelmäßig** (bei Bedarf) Medikamente ein ? nein ja
Wenn ja, welche? _____

Wie erfolgt die Einnahme ?

- mit Dosieraerosol mit Inhalationshilfe ohne Inhalationshilfe
 als Pulverinhalation (mit Turbohaler , Diskus o.ä.): _____
 als Feuchtinhalation (mit Pari Boy, Calimero o.ä.): _____

Wie wird die Krankheit erlebt von	Dir selbst	Mutter	Vater ?
beängstigend / problematisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unproblematisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beherrschbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was sind Deine Wünsche und Erwartungen an die Asthmaschulung ?

Worauf sollen wir bei Dir während der Asthmaschulung besonders achten?

vielen Dank für Deine Mitarbeit !