

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 ? _____

