

Elternexplorationsbogen



Liebe Eltern,

Ihre Familie wird demnächst an unserer Asthmaschulung teilnehmen. Zur Vorbereitung des Kurses möchten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen bitten.

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: Mutter Vater beiden Eltern

1. Daten zur Person des Kindes

Name: _____ Heutiges Datum: _____

Geburtsdatum: _____

2. Daten zur Familie

Name, Vorname der Mutter: _____ Alter: _____ Jahre

Ausbildung: _____ derzeitige berufliche Tätigkeit: _____

Name, Vorname des Vaters: _____ Alter: _____ Jahre

Ausbildung: _____ derzeitige berufliche Tätigkeit: _____

Eltern geschieden? nein ja Eltern getrennt lebend? nein ja

Das Kind lebt bei den Eltern der Mutter dem Vater anderer Wohnort

Geschwister: (Name / Alter): _____

3. Verlauf des Asthmas

Wie alt war Ihr Kind, als das Asthma zum ersten Mal aufgetreten ist? _____ Jahre

Gab es Veränderungen für die Familie durch das Asthma? ja nein

Wie schätzen Sie den momentanen Gesundheitszustand Ihres Kindes ein?

kränklich robust

Wie oft im Jahr hat Ihr Kind Infekte? _____

Wie schätzen Sie persönlich den Schweregrad des Asthmas ihres Kindes ein?

sehr schwer schwer mittelschwer leicht

Hat Ihr Kind eine Allergie?

ja

nein

unbekannt

Wenn ja, worauf reagiert es allergisch und wie äußert sich dieses?

Auslöser	Beschwerden
Zum Beispiel: Pollen	Husten

Hat oder hatte jemand in der Familie Asthma, Allergien, Heuschnupfen oder Neurodermitis?

ja

nein

Wenn ja, wer und was?

Hat / hatte Ihr Kind noch andere chronische Erkrankungen?

ja

nein

Wenn ja, welche ?

In welchem Alter? _____

4. Medizinische Behandlung

Welche Medikamente nimmt das Kind zur Zeit ein?

Beispiel: Budiair Dosierung: 1 Hub wie oft 2 x tgl

1. _____ Dosierung: wie oft x tgl

2. _____ Dosierung: wie oft x tgl

3. _____ Dosierung: wie oft x tgl

4. _____ Dosierung: bei Bedarf

5. _____ Dosierung: bei Bedarf

Wie geht es dem Kind bei dieser medikamentösen Behandlung?

Beschwerdefrei, ohne Atemnot

Manchmal Atemnot

Ständig Atemnot, trotz Einnahme der Medikamente

Nimmt Ihr Kind Medikamente vor dem Sport?

ja

nein

Falls ja, welche? _____

Kann Ihr Kind sich körperlich genauso gut betätigen wie andere Kinder der Altersgruppe?

- uneingeschränkt mit geringen
Einschränkungen mit mittleren
Einschränkungen mit großen
Einschränkungen überhaupt nicht

Besitzt Ihr Kind ein Peak-Flow-Meter?

- ja nein

Benutzt Ihr Kind das Peak-Flow-Meter zur Selbstkontrolle?

- regelmäßig unregelmäßig nein

Führt Ihr Kind zur Zeit ein Peak-Flow-Protokoll?

- ja nein

Sind die Peak-Flow- Werte schon einmal stark abgefallen?

Falls ja, wann und in welcher Situation? _____

Führt Ihr Kind die Medikamenteneinnahme selbstständig durch?

- ja nein

Führt Ihr Kind die Peak-Flow-Messung selbstständig durch?

- ja nein

Nimmt Ihr Kind manchmal weniger Medikamente als vorgeschrieben?

- ja nein

Nimmt Ihr Kind manchmal mehr Medikamente als vorgeschrieben?

- ja nein

Müssen Sie Ihr Kind an die Medikamenteneinnahme erinnern?

- immer häufig manchmal selten nie

Gibt es Streit und Ärger um die Medikamenteneinnahme?

- immer häufig manchmal selten nie

Merken Sie frühzeitig, wenn ein Asthmaanfall droht?

- ja nein

Wenn ja, woran? _____

Wenn ja, haben Sie Angst, wenn Sie einen drohenden Asthmaanfall bemerken?

- ja nein

Was tun Sie, wenn Sie einen Anfall bemerken? _____

Ist Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten als Notfall in die Klinik eingeliefert worden? ja nein

Wurde Ihr Kind schon einmal auf einer Intensivstation künstlich beatmet? ja nein

Hat Ihr Kind bereits an Asthmaschulungen teilgenommen? ja nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Haben Sie bereits alternativen Heilmethoden (Homöopathie, Eigenblutbehandlung,) wegen des Asthmas in Anspruch genommen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

5. Asthmaauslöser

Raucht jemand in der Familie?

Vater Wie viel pro Tag? _____ Wo? _____

Mutter Wie viel pro Tag? _____ Wo? _____

Sonstige Wie viel pro Tag? _____ Wo? _____

Niemand raucht bei uns zu Hause

Haben Sie Haustiere? ja nein

Wenn ja, welche und wo? _____

Hatten Sie Haustiere, die wegen des Asthmas Ihres Kindes abgeschafft wurden? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wann treten die asthmatischen Beschwerden verstärkt auf?

morgens tagsüber abends nachts zu keiner bestimmten Tageszeit

Frühling Sommer Herbst Winter zu keiner bestimmten Jahreszeit

Wann fallen Ihnen bei Ihrem Kind Asthmabeschwerden auf?

Bei bestimmten Tätigkeiten? ja nein unbekannt

Wenn ja, bei welchen: _____

In Gegenwart bestimmter Tiere? ja nein unbekannt

Wenn ja, bei welchen: _____

In Gegenwart bestimmter Pflanzen? ja nein unbekannt

Wenn ja, bei welchen: _____

Bei körperlichen Belastungen? ja nein unbekannt

Wenn ja, bei welchen: _____

Bei bestimmten Umweltbedingungen (z.B. Rauch, Wetter, kalte Luft)?
ja nein unbekannt

Wenn ja, bei welchen: _____

Bei bestimmten Nahrungsmitteln? ja nein unbekannt

Wenn ja, bei welchen: _____

Bei bestimmten Medikamenten? ja nein unbekannt

Wenn ja, bei welchen: _____

Durch was kann ein Asthmaanfall bei Ihrem Kind ausgelöst werden?

Enttäuschung Ärger Wut Unsicherheit Schulstress

Allgemeine Ängste (Dunkelheit, Alleinsein) soziale Ängste (z.B. vor Fremden) spezielle Ängste (z.B. vor Spinnen) Weinen Freude / Lachen

Haben Sie in Ihrem Haushalt eine Hausstaubmilben-Sanierung durchführen müssen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es Möbel oder Wände mit Schimmel- oder Stockflecken in Ihrer Wohnung? ja nein

Wenn ja, welche? _____

6. Asthma und Freizeit

Treibt Ihr Kind Sport?

Welchen?	Wie oft?

Haben sich die sportlichen Aktivitäten Ihres Kindes durch das Asthma verändert? ja nein

Wenn ja, inwiefern? _____

Wie verhält sich Ihr Kind, wenn es mit anderen Kindern zusammen ist?

- bestimmend
 streitsüchtig
 selbstbewusst
 zurückhaltend
 unsicher
- kann sich gut in eine Gruppe integrieren
 sonstiges _____

Wofür interessiert sich Ihr Kind und was macht es in der Freizeit?

- beschäftigt sich am liebsten zu Hause
 beschäftigt sich am liebsten draußen
 beschäftigt sich am liebsten alleine
 beschäftigt sich am liebsten mit anderen
 ist im Jugend-/Sportverein/Gruppe: _____

Besondere Interessen / Hobby: _____

Wie spielt oder arbeitet Ihr Kind?

- konzentriert
 unkonzentriert
 kann sich selbst beschäftigen
 kann sich nicht selbst beschäftigen
 lernfreudig
- kreativ
 phantasievoll
 bleibt bei der Sache
 bleibt nicht bei der Sache

7. Asthma und Schule

Ihr Kind besucht zur Zeit die ___te Klasse der _____ Schule in _____.

Konnte das Kind in der Schule selbstständig erzählen, dass es Asthma hat?

Gegenüber den Lehrern? ja nein

Gegenüber den Mitschülern? ja nein

Wie viele Schultage hat Ihr Kind wegen des Asthmas gefehlt? _____ Tage im Schuljahr 20_____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig am Schulsport teil?

regelmäßig regelmäßig ohne Benotung zeitweise ist befreit

Gibt es Probleme beim Schulsport? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es Probleme in der Schule? ja nein

Wenn ja, welche? _____

8. Verhaltensbeobachtung

Wie gut gelingt es Ihrem Kind, sich an Regeln zu halten?

Bitte schätzen Sie ein: 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = einigermaßen, 4 = schlecht, 5 = sehr schlecht

Bezogen auf Schulische Aufgaben Bezogen auf Medikamenteneinnahme Bezogen auf häusliche Aufgaben

War Ihr Kind schon einmal für längere Zeit von zu Hause abwesend? ja nein

Wo?	Wann?	Wie lange?	Warum?
Krankenhaus			
Kur			
Verwandte			
Sonstiges			

Welche Gefühle / Verhaltensweisen zeigt Ihr Kind bezogen auf das Asthma?

- Ärger Ängste Enttäuschung / Frustration Vortäuschung von Anfällen
- Verwendung des Asthmas, um bestimmte Ziele zu erreichen Verleugnung der Krankheit
- Depressionen Aggressionen Gleichgültigkeit gegenüber sich und der Zukunft

Andere Gefühle / Verhaltensweisen, welche? _____

Was belastet Ihr Kind am meisten im Zusammenhang mit seinem Asthma?

Was belastet Sie am meisten im Zusammenhang mit dem Asthma Ihres Kindes?

Leidet Ihr Kind unter einer oder mehreren der folgenden Störungen?

Worauf führen Sie die Störungen zurück (bitte ankreuzen)?

	Krankheit	Behandlung	unabhängig
Gesteigerter Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsabfall in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauernde Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittrigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere körperliche Veränderungen, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie oder andere Familienmitglieder aufgrund der Krankheit Ihres Kindes Schwierigkeiten im Berufs- oder Alltagsleben? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Zeigen Familienmitglieder folgende Verhaltensweisen als Reaktionen auf das Asthma Ihres Kindes?

	Vater	Mutter	Geschwister	Sonstige
Ärger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verunsicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eifersucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überbesorgtheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zurückhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ignorieren oder Verleugnen der Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückzug von Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsbedürfnis über die Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Trainingsspezifische Daten

Haben Sie mit Ihrem Kind bereits über die Asthmaschulung gesprochen? ja nein

Wenn „Ja“. Was haben Sie mit ihm besprochen? _____

Wie hat Ihr Kind sich daraufhin geäußert? _____

Wie sind Ihre eigenen Vorstellungen zur Asthmaschulung? _____

Auf was sollten wir bei Ihrem Kind besonders achten? _____

Welche Informationen fehlen Ihnen zum Thema Asthma? _____

Sicherlich hat es einige Zeit gekostet, diesen Fragebogen auszufüllen.
Wir sind uns dessen bewusst und danken Ihnen für Ihre Mühe!

Steckbrief

Name: _____

Alter: _____

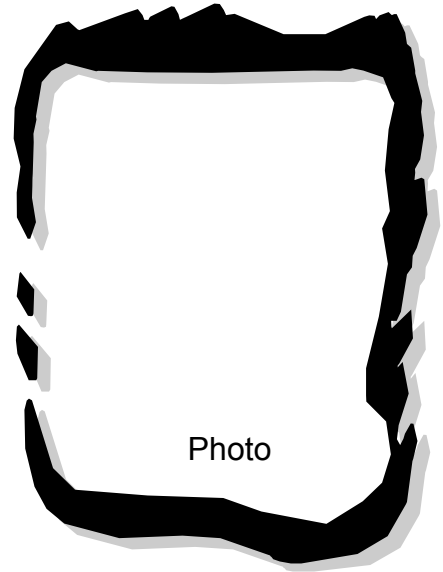
Klasse: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Augenfarbe: _____

Haarfarbe: _____



Steckbrief

Hobbys: _____

Das finde ich „Cool“:

Das finde ich „Uncool“:
