

Elternexplorationsbogen



Liebe Eltern,
Sie werden demnächst an unserer Asthmaschulung teilnehmen. Zur Vorbereitung des Kurses möchten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen bitten.
Durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns, besser auf Ihre Bedürfnisse eingehen und damit den Kurs für alle effektiver gestalten zu können.

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

Name, Vorname des Vaters: _____ Alter: _____ Jahre

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 ?

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

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

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 Stress

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? _____

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

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

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"/>

6. Trainingsspezifische Daten

Wie sind Ihre Vorstellungen zur Asthmaschulung? _____

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!