

7.3 Elternfragebogen

Elternfragebogen zur Studie

KAS

Kölner Asthma Studie

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig

Elternfragebogen

zu Atemwegserkrankungen im Kindesalter

Sehr geehrte Eltern,

Gesundheitsvorsorge und Gesundheitshilfe dienen im besonderen Maße dem Wohl der Kinder. Die Schulärzte/innen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Stadt Köln führen deshalb regelmäßig Reihenuntersuchungen und Beratungen bei Schulanfängern und Schülern bestimmter Jahrgänge durch. Ziel dieser Angebote ist es, Gesundheitsschäden von Kindern fernzuhalten und Krankheiten, soweit sie drohen oder bereits eingetreten sind, frühzeitig zu erkennen und damit einer rechtzeitigen Behandlung und Linderung zuzuführen. Zugleich sollen schädigende Umwelteinflüsse, die die Entstehung von Atemwegserkrankungen fördern, erkannt werden.

Im Rahmen der Schulgesundheitspflege sollen deshalb im Schuljahr 2002/2003 zusätzliche Untersuchungen in den ersten Klassen durchgeführt werden, um die individuellen und umweltbedingten Ursachen von Atemwegserkrankungen zu ermitteln. Diese Untersuchungen werden in Zusammenarbeit mit der Kinderklinik der Universität zu Köln, dem Institut für Statistik und dem Referat Kinder- und Jugendgesundheit der Stadt Köln durchgeführt. Die Schule Ihres Kindes hat sich bereit erklärt, zusammen mit vielen anderen Schulen in Köln, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Für das Gelingen sind wir jedoch auf Ihre ganz persönliche Mithilfe angewiesen!

Zunächst möchten wir Sie bitten, den **Fragebogen** zu beantworten. Die ausführlichen Fragen sind notwendig, um persönliche Veranlagungen zu erkennen und schädigende Einflüsse aufzuspüren. Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus und geben Sie ihn Ihrem Kind in dem beigefügten Umschlag wieder zur Schule mit.

Bitte den ausgefüllten Fragebogen bis zum Ihrem Kind wieder zur Schule mitgeben.

Falls sich an Hand des Fragebogens Hinweise für eine chronische Atemwegserkrankung (Asthma) ergeben, wird eine **medizinische Untersuchung** Ihres Kindes während des Unterrichts in den schulärztlichen Räumen der Schule stattfinden. Die Untersuchung zielt auf Fragestellungen, die mit dem Fragebogen allein nicht beantwortet werden können. Es wird eine ausführlichere Lungenfunktionsprüfung unter Aufsicht eines Arztes/einer Ärztin durchgeführt.

Wie wollen aber auch weitere 1000 gesunde Kinder als Kontrollgruppe mit Hilfe der Lungenfunktionsmessung untersuchen. Diese Kinder werden per Zufallsgenerator ausgewählt. Ob Ihr Kind dazu ausgesucht wurde, wird Ihnen noch von uns mitgeteilt werden.

Für die Prüfung der Lungenfunktion werden die Kinder gebeten, mehrmals in ein Messgerät zu blasen, das den Atemfluss misst (**Spirometrie**). Zwischen den Messungen atmen die Kinder mit Kochsalzlösung angefeuchtete Luft ein (**Bronchoprovokation**). Die angefeuchtete Luft schmeckt etwas salzig und es kann unter Umständen zu Hustenreiz kommen. Bei Kindern mit einer Veranlagung zu Asthma kann in seltenen Fällen ein Engegefühl in der Brust auftreten. Die Messung der Lungenfunktion erlaubt es, Reizzustände in den Atemwegen zu erfassen. Außerdem wird eine IOS-Messung durchgeführt, bei der zurückschallende Klopfsignale gemessen werden, die über ein Mundstück der Atmung überlagert werden. Die Atmung wird dabei nicht behindert. Und es wird eine Capnovolumetrie durchgeführt, die den Kohlendioxidanteil der ausgeatmeten Luft misst.

Die Teilnahme an der Untersuchung und das Ausfüllen des Fragebogens sind freiwillig. Wenn Sie nicht teilnehmen, entstehen Ihnen keine Nachteile, aber für den Erfolg der Studie wäre es sehr wichtig, dass alle angeschriebenen Familien teilnehmen.

Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der Geheimhaltungspflicht. Sie werden nur zu wissenschaftlichen Zwecken in den genannten Instituten der Universität Köln ausgewertet und entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen streng vertraulich behandelt; die Ergebnisse der Untersuchungen werden nur ohne Personenbezug veröffentlicht. Alle Angaben, die einen Bezug zu Ihnen oder Ihrem Kind ermöglichen, werden gelöscht, sobald der Zweck der Studie dies zulässt.

Wir bitten Sie, dieses für eine wirksame Gesundheitsfürsorge wichtige Vorhaben zu unterstützen. Bitte beantworten Sie die Fragen und stimmen Sie durch Unterschrift der nachstehenden **Einwilligungserklärung** auch zu, dass Ihr Kind an der medizinischen Untersuchung teilnehmen darf. Von dem Untersuchungsergebnis erhalten Sie eine schriftliche Benachrichtigung. Falls Sie es wünschen, stehen wir Ihnen zur Beratung gern zur Verfügung (Telefon (0221) 478-86059).

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. E. Rietschel
Leiter Funktionsbereich
Pädiatrische Pneumologie und Allergologie
der Universitäts-Kinderklinik Köln

Dr. Wegner, MPH
Leiter des Kinder- und
Jugendgesundheits-
dienstes der Stadt Köln

Wenn Sie mit den medizinischen Untersuchungen Ihres Kindes einverstanden sind, füllen Sie bitte die Einwilligungserklärung aus und unterschreiben sie.

Einwilligungserklärung

Mit der Durchführung der auf Seite 3 beschriebenen Lungenfunktionsmessungen bin ich einverstanden:

Spirometrie, Kapnovolumetrie und IOS

Spirometrie

Kapnovolumetrie

IOS

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Schule: _____

Datum: _____ Unterschrift der/des
Erziehungsberechtigten:

Einige Anmerkungen zur Beantwortung der Fragen:

Alle Fragen beziehen sich auf das Kind, welches an der Studie teilnimmt

Bitte lassen Sie sich vom Umfang des Fragebogens nicht abschrecken! Die meisten Fragen können durch ein Kreuz in den entsprechenden Feldern beantwortet werden. Bitte folgen Sie den Hinweisen bei den entsprechenden Fragen. Wenn Sie ein Feld mit Pfeil → ankreuzen, beachten Sie bitte auch die nachfolgenden Zusatzfragen.

Sie brauchen etwa 40 Minuten für die Beantwortung der Fragen.

Bitte lassen Sie sich von unbekanntem medizinischen Ausdrücken nicht verunsichern. Falls Ihr Kind diese Krankheiten nicht hatte/hat, brauchen Sie diese Bezeichnungen nicht zu kennen.

Ihre Angaben werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Daher bitten wir Sie, die Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Auch wenn es schwierig sein kann, sich an die frühere Gegebenheit genau zu erinnern, bitten wir Sie, die Fragen so gut Sie können zu beantworten.

Vielen Dank für Ihre Mühe beim Ausfüllen des Fragebogens!

Angaben zum Kind

H1 Name, Vorname des Kindes

H2 Geburtsdatum Ihres Kindes ___ / ___ / ___

H3 Ist Ihr Kind ein Junge oder ein Mädchen?

- Junge
 Mädchen

Angaben zur Gesundheit Ihres Kindes

*Bitte beachten Sie, dass sich viele der folgenden Fragen entweder auf die **letzten 3 oder 12 Monate** oder auf das gesamte bisherige Leben Ihres Kindes (**irgendwann einmal**) beziehen.*

Atmung

I. Pfeifende Atemgeräusche

A1 Hatte Ihr Kind **irgendwann einmal** beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb?

- Ja
 Nein → *Bitte gleich weiter mit Frage A9*

A2 Hatte Ihr Kind in den **letzten 12 Monaten** beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb?

- Ja
 Nein → *Bitte gleich weiter mit Frage A9*

A3 **Wie oft** hatte Ihr Kind in den **letzten 12 Monaten** beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb?

- Gar nicht
- 1 – 3 mal
- 4 – 12 mal
- Mehr als 12 mal

A4 Wie viele Anfälle von pfeifender oder keuchender Atmung hatte Ihr Kind in den **letzten 12 Monaten**?

- Keinen Anfall
- 1 – 3 Anfälle
- 4 – 12 Anfälle
- Mehr als 12 Anfälle

A5 Wie oft ist Ihr Kind im Durchschnitt in den **letzten 12 Monaten** wegen pfeifender oder keuchender Atmung aufgewacht?

- Nie deswegen aufgewacht
- Weniger als eine Nacht pro Woche
- Eine oder mehrere Nächte pro Woche

A6 War die pfeifende oder keuchende Atmung in den **letzten 12 Monaten** jemals so stark, dass Ihr Kind beim Reden schon nach ein oder zwei Worten wieder Luft holen musste?

- Ja
- Nein

A7 In welchem Alter traten bei Ihrem Kind zum **ersten Mal** beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb auf?

Im Alter von _____ Jahren, bzw.

Im Alter von _____ Monaten

II. Kurzatmigkeit und Atemnot

A8 Hatte ihr Kind **irgendwann einmal** Anfälle von Kurzatmigkeit oder Atemnot?

- Ja
- Nein → *Bitte gleich weiter mit Frage A12*

A9 Hatte ihr Kind in **den letzten 12 Monaten** Anfälle von Kurzatmigkeit oder Atemnot?

- Ja
- Nein → *Bitte gleich weiter mit Frage A11*

A10 Wie viele Anfälle von Kurzatmigkeit oder Atemnot hatte Ihr Kind in den **letzten 12 Monaten**?

- Keinen Anfall
- 1 – 3 Anfälle
- 4 – 12 Anfälle
- Mehr als 12 Anfälle

III. Beschwerden bei Anstrengung

A11 Hatte Ihr Kind in den **letzten 12 Monaten** während oder nach körperlicher Anstrengung jemals pfeifende oder keuchende Atemgeräusche im Brustkorb?

- Ja
 - Nein
- **wenn ja, wie oft ?**

- weniger als einmal pro Monat
- etwa einmal pro Monat
- etwa einmal alle 14 Tage
- etwa einmal pro Woche
- mehrmals pro Woche.

A12 Hatte Ihr Kind **in den letzten 12 Monaten** Reizhusten oder Hustenanfälle bei oder nach körperlicher Anstrengung?

- Ja, auch ohne Erkältung
- Ja, nur bei Erkältungen
- Nein

→ **Wenn „Ja, auch ohne Erkältung“, wie oft ?**

- weniger als einmal pro Monat
- etwa einmal pro Monat
- etwa einmal alle 14 Tage
- etwa einmal pro Woche
- mehrmals pro Woche.

A13 Hatte Ihr Kind in den **letzten 12 Monaten** ein Engegefühl in der Brust nach körperlicher Anstrengung?

- Ja
- Nein

→ **wenn ja, wie oft?**

- weniger als einmal pro Monat
- etwa einmal pro Monat
- etwa einmal alle 14 Tage
- etwa einmal pro Woche
- mehrmals pro Woche.

IV. Nächtliche Beschwerden

A14 Hatte Ihr Kind in den **letzten 12 Monaten** nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl es keine Erkältung hatte?

- Ja
- Nein

→ **wenn ja, wie oft?**

- weniger als einmal pro Monat
- etwa einmal pro Monat
- etwa einmal alle 14 Tage
- etwa einmal pro Woche
- mehrmals pro Woche.

A15 Ist Ihr Kind in den **letzten 12 Monaten** mit Atemnot oder einem Engegefühl in der Brust aufgewacht?

- Ja
- Nein

→ **wenn ja, wie oft?**

- weniger als einmal pro Monat
- etwa einmal pro Monat
- etwa einmal alle 14 Tage
- etwa einmal pro Woche
- mehrmals pro Woche.

V. Erkrankungen

A16 Hatte Ihr Kind irgendwann einmal Asthma?

- Ja
- Nein

A17 Ist **von einem Arzt** bei Ihrem Kind **irgendwann einmal** eine der folgenden Erkrankungen festgestellt worden?

Bitte ein Kreuz in jede Zeile

	Nein	Einmal	Mehrmals
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spastische, obstruktive oder asthmatische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pseudokrupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A18 Hat Ihr Kind einen angeborenen Herzfehler?

- Ja
- Nein

→ Wenn Ihr Kind **bisher irgendwann einmal** Asthmabeschwerden wie pfeifende Atemgeräusche, Atemnot, Anstrengungsbeschwerden, Engegefühl in der Brust hatte oder **vom Arzt irgendwann einmal** die Diagnose "Asthma, oder spastische, obstruktive oder asthmatische Bronchitis" gestellt wurde, beantworten Sie bitte die **Fragen B1-B12!**

Wenn Ihr Kind **bisher nie** solche Beschwerden hatte; gehen Sie bitte gleich weiter zu **Frage B13!**

VI. Auslöser und Behandlung

B1 Was sind oder waren Ihrer Meinung nach die Auslöser der Asthmabeschwerden (pfeifende Atmung, Atemnot, Engegefühl in der Brust) Ihres Kindes?
(Mehrere Antworten möglich)

- Infekte (z.B. Schnupfen, Erkältung)
- Kontakt mit Tieren → Welche?

- Kontakt mit Blumen, Gräsern, Bäumen → Welche?

- Bestimmte Nahrungsmittel → Welche?

- Einatmen von scharfen Gerüchen, Sprays
- Einatmen von Tabakrauch
- Kalte Luft, Nebel
- Staubaufwirbelung
- Seelische Belastung
- Andere als die genannten Möglichkeiten → Welche?

B2 Wie oft ist Ihr Kind im Durchschnitt **in den letzten 12 Monaten** wegen Asthmabeschwerden (pfeifende Atemgeräusche, Atemnot, Anstrengungsbeschwerden, Engegefühl in der Brust) beim Hausarzt (Kinderarzt, Allgemeinarzt) gewesen?
(Hier sind nicht Routine-Kontrolluntersuchungen bei Beschwerdefreiheit gemeint!)

- Gar nicht
- Einmal
- 2 – 3 mal
- 4 – 6 mal
- 7 – 12 mal
- öfter als 12 mal

B3 Wie oft ist Ihr Kind **in den letzten 12 Monaten** wegen Asthmabeschwerden (pfeifende Atemgeräusche, Atemnot, Anstrengungsbeschwerden, Engegefühl in der Brust) beim Spezialisten (Spezialambulanz, Lungenfacharzt, Allergologen) gewesen?
(Hier sind nicht Routine-Kontrolluntersuchungen bei Beschwerdefreiheit gemeint!)

- Gar nicht
- Einmal
- 2 – 3 mal
- 4 – 6 mal
- Öfter

B4 Wie oft musste Ihr Kind **in den letzten 12 Monaten** wegen Asthmabeschwerden (pfeifende Atemgeräusche, Atemnot, Anstrengungsbeschwerden, Engegefühl in der Brust) zum Notdienst (Notfallambulanz) eines Krankenhauses?

- Gar nicht
- 1 mal
- 2 mal
- mehr als 2 mal

B5 Wie oft musste Ihr Kind **in den letzten 12 Monaten** wegen Asthmabeschwerden (pfeifende Atemgeräusche, Atemnot, Anstrengungsbeschwerden, Engegefühl in der Brust) über Nacht im Krankenhaus bleiben?

- Gar nicht
- 1 mal
- 2 mal
- mehr als 2 mal

B6 Haben Sie schriftliche Anleitungen, wie Sie **diese Atembeschwerden** behandeln sollen?

- Ja
- Nein

B7 Hat Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Medikamente (Tabletten, Säfte oder Sprays) **gegen diese Atembeschwerden** bekommen?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	→ wenn ja, Name des Medikaments/ der Medikamente	Anwendung nur bei Bedarf	tägliche Einnahme während mindestens 2 Monaten im Jahr
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B8 Wurden alternative Verfahren zur Behandlung dieser **Atembeschwerden** bei Ihrem Kind durchgeführt?
Mehrere Antworten möglich

- Ja
 - Nein
- wenn ja, welche?
- Akupunktur
 - Bioresonanz
 - Eigenbluttherapie
 - Osteopathie
 - Neuraltherapie
 - Pendel
 - Andere: _____

B9 Hat ein Arzt Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten ein kortison-haltiges Präparat zur Behandlung der Asthmabeschwerden verschrieben?

- Ja
- Nein

B10 Sind Sie grundsätzlich bereit, Ihrem Kind ein inhalatives Kortison zu geben?

- Ja
- Nein

B11 Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten homöopathisch oder naturheilkundlich **wegen dieser Atembeschwerden** behandelt?

Nur homöopathisch bzw. naturheilkundlich
Zusätzlich homöopathisch bzw. naturheilkundlich
Nicht homöopathisch bzw. naturheilkundlich

B12 Hat Ihr Kind ein Peak-Flow-Messgerät zuhause?

- Ja
- Nein

VII. Ärztliche Betreuung

B13 Welche Fachrichtung hat der behandelnde Arzt Ihres Kindes?
(Mehrere Antworten möglich)

- Praktischer Arzt
- Allgemeinarzt
- Heilpraktiker
- Kinderarzt
- Allergologe
- Lungenfacharzt
- Andere: _____

B14 Hatte Ihr Kind irgendwann einmal Keuchhusten?

- Ja
- Nein → wenn ja:
 - In den ersten beiden Lebensjahren
 - Später

B15 Gegen welche der folgenden Krankheiten ist Ihr Kind bisher **geimpft** worden?
(Die in Klammern angegebenen Namen sind ebenfalls gebräuchliche Ausdrücke für die jeweiligen Krankheiten.)

Bitte schauen Sie, wenn möglich, im Impfpass Ihres Kindes nach! Mehrere Antworten sind möglich

Keuchhusten (Pertussis) Ja wann? _____
Alleine oder zusammen mit Nein _____
Diphtherie und Tetanus _____

Masern (Morbilli) Ja wann? _____
Alleine oder zusammen mit Nein _____
Mumps und Röteln _____

Tuberkulose Ja wann? _____
(abgekürzt Tbc, Tb, BCG) Nein

Hämophilus influenzae Ja wann? _____
(abgekürzt Hib) Nein _____

Grippe-Impfung Ja wann? _____
(Influenza) Nein

B16 Wie oft hatte Ihr Kind im ersten Lebensjahr Fieber (Temperatur über 38,5°C)?

- Keinmal
- 1-2 mal
- 3-4 mal
- mehr als 4 mal

B17 Ab welcher Temperatur geben Sie Ihrem Kind Medikamente zum Senken von Fieber?

- Ab 38°C
- Ab 38,5°C
- Ab 39°C
- Ab 39,5°C
- Gar nicht

B18 Wie oft hat Ihr Kind während der drei ersten Lebensjahre für mehr als drei aufeinanderfolgende Tage Antibiotika bekommen?

- Keinmal
- 1-2 mal
- 3-5 mal
- 6-9 mal
- 10 mal oder öfter

B19 Musste Ihr Kind jemals ärztlich behandelt werden, weil ein Darmbefall mit Würmern vorlag?

- Keinmal
- Einmal
- 2-3 mal
- mehr als 3 mal

Nase/Augen

C1 Hatte Ihr Kind **irgendwann einmal** Niesanfälle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl es nicht erkältet war?

- Ja
- Nein → Bitte gleich weiter mit Frage **C9**

C2 Mit welchem Alter traten die Beschwerden zum ersten Mal/ letzten Mal auf?

zum **ersten Mal** mit _____ Jahren
zum **letzten Mal** mit _____ Jahren

→ Die Beschwerden treten immer noch auf

C3 Hatte Ihr Kind in den **letzten 12 Monaten** Niesanfalle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl es nicht erkältet war?

- Ja
- Nein → Bitte gleich weiter mit Frage C7

C4 Hatte Ihr Kind in den **letzten 12 Monaten** gleichzeitig mit diesen Nasenbeschwerden juckende oder tränende Augen?

- Ja
- Nein

C5 Was sind oder waren Ihrer Meinung nach die Auslöser dieser Nasenbeschwerden Ihres Kindes?
Mehrere Antworten möglich

- Kontakt mit Tieren → Welche?

- Kontakt mit Blumen, Gräsern, Bäumen → Welche?

- Bestimmte Nahrungsmittel → Welche?

- Einatmen von scharfen Gerüchen, Sprays
- Einatmen von Tabakrauch
- Kalte Luft, Nebel
- Staubaufwirbelung
- Seelische Belastung
- Andere als die genannten Möglichkeiten → Welche?

C6 Wann in den **letzten 12 Monaten** traten diese Nasenbeschwerden auf?
Mehrere Antworten sind möglich

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Januar | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> September |
| <input type="checkbox"/> Februar | <input type="checkbox"/> Juni | <input type="checkbox"/> Oktober |
| <input type="checkbox"/> März | <input type="checkbox"/> Juli | <input type="checkbox"/> November |
| <input type="checkbox"/> April | <input type="checkbox"/> August | <input type="checkbox"/> Dezember |

C7 Ist **von einem Arzt** schon einmal ein Heuschnupfen bei Ihrem Kind festgestellt worden?

- Ja
- Nein

Haut

C8 Hatte Ihr Kind **irgendwann einmal** einen juckenden Hautausschlag, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat?

- Ja
- Nein → *Bitte gleich weiter mit Frage C15*

C9 Trat dieser juckende Hautausschlag bei Ihrem Kind **irgendwann einmal** an mindestens einer der folgenden Körperstellen auf: In den Ellenbogen oder Kniekehlen, an den Hand- oder Fußgelenken, auf den Oberschenkeln, im Gesicht, am Hals?

- Ja
- Nein

C10 Mit welchem Alter traten die Beschwerden zum ersten Mal/ letzten Mal auf?

zum **ersten Mal** mit _____ Jahren
zum **letzten Mal** mit _____ Jahren

→ Die Beschwerden treten immer noch auf

C11 Trat dieser juckende Hautausschlag bei Ihrem Kind auch in den **letzten 12 Monaten** auf?

- Ja
- Nein → *Bitte gleich weiter mit Frage C15*

C12 Ist dieser juckende Hautausschlag bei Ihrem Kind in den **letzten 12 Monaten** jemals völlig verschwunden?

- Ja
- Nein

C13 Wie oft ist Ihr Kind im Durchschnitt in den **letzten 12 Monaten** wegen dieses juckenden Hautauschlags nachts aufgewacht?

- Nie deswegen aufgewacht
- Weniger als eine Nacht pro Woche
- Eine oder mehrere Nächte pro Woche

C14 Ist **von einem Arzt** bei Ihrem Kind schon einmal Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem, atopische Dermatitis) festgestellt worden?

- Ja
- Nein → *Bitte gleich weiter mit Frage D1*

C15 Wie alt war Ihr Kind, als **vom Arzt** zum erstenmal Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem, atopische Dermatitis) festgestellt wurde?

_____Monate oder
_____Jahre

Krankheiten in der Familie

Familiäre Veranlagungen spielen bei vielen Krankheiten eine wichtige Rolle. Daher fragen wir auch nach der Gesundheit der Familienmitglieder des Kindes. Wenn nichts anderes angegeben ist, beziehen sich die Fragen immer auf die **leiblichen Eltern oder Geschwister**.

D1 Hat oder hatte die (leibliche) **Mutter** des Kindes **jemals** eine der folgenden Krankheiten?

Bitte ein Kreuz in jede Zeile

	Nein	Nur während der Kindheit	Nur im Erwachsene nalter	Während Kindheit und Erwachsene nalter
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem, atopische Dermatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis (Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Autoimmun-erkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche? _____

D2 Hatte die (leibliche) **Mutter** des Kindes **während der Schwangerschaft** Beschwerden durch eine der folgenden Krankheiten?
Bitte ein Kreuz in jede Zeile

	Nein	Ja
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem, atopische Dermatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D3 Hat oder hatte der (leibliche) **Vater** des Kindes **jemals** eine der folgenden Krankheiten?
Bitte ein Kreuz in jede Zeile

	Nein	Nur während der Kindheit	Nur im Erwachsene nalter	Während Kindheit und Erwachsene nalter
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem, atopische Dermatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis (Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Autoimmun-erkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche? _____

→ Falls Ihr Kind **keine Geschwister** (oder nur Halbgeschwister) hat, gehen Sie bitte gleich weiter zu Frage **E1**

D4 Hat oder hatte ein **Geschwister** des Kindes jemals eine der folgenden Krankheiten (nicht Halbgeschwister)?
Bitte ein Kreuz in jede Zeile

	Nein	Ja
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem, atopische Dermatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis (Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis Ulcerosa oder Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose andere Autoimmunerkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche? _____

→ falls mindestens einmal mit **Ja** beantwortet, bitte weiter mit Frage **D5**

D5 Falls **eines der Geschwister** jemals Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis hatte, geben Sie bitte an, **in welchem Alter** die Erkrankung zum erstenmal auftrat, und **wie lange** die Erkrankung **dauerte**.

1. Geschwister: aktuelles Alter: _____ Jahre

	Alter bei Beginn der Erkrankung	Alter bei Ende der Beschwerden	Beschwerden haben nie aufgehört
Asthma	____Lebensjahr	____Lebensjahr	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	____Lebensjahr	____Lebensjahr	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem, atopische Dermatitis)	____Lebensjahr	____Lebensjahr	<input type="checkbox"/>

2.Geschwister: aktuelles Alter: _____ Jahre

	Alter bei Beginn der Erkrankung	Alter bei Ende der Beschwerden	Beschwerden haben nie aufgehört
Asthma	_____ Lebensjahr	_____ Lebensjahr	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	_____ Lebensjahr	_____ Lebensjahr	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem, atopische Dermatitis)	_____ Lebensjahr	_____ Lebensjahr	<input type="checkbox"/>

3.Geschwister: aktuelles Alter: _____ Jahre

	Alter bei Beginn der Erkrankung	Alter bei Ende der Beschwerden	Beschwerden haben nie aufgehört
Asthma	_____ Lebensjahr	_____ Lebensjahr	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	_____ Lebensjahr	_____ Lebensjahr	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis (atopisches Ekzem, endogenes Ekzem, atopische Dermatitis)	_____ Lebensjahr	_____ Lebensjahr	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Fragen

E1 Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt?

- Weniger als 1500g
- 1500g bis 1999g
- 2000g bis 2499g
- 2500g bis 2999g
- 3000g bis 3499g
- 3500g bis 3999g
- Über 4000g

E2 Wurde Ihr Kind innerhalb von 3 Wochen vor oder nach dem errechneten Geburtstermin geboren?

- Ja
- Nein, mehr als 3 Wochen **zu früh**
- Nein, mehr als 3 Wochen **zu spät**

E3 Wurde Ihr Kind gestillt?

- Ja
- Nein

E4 Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

- Weniger als 6 Monate
- 6-12 Monate
- Länger als 1 Jahr

E5 Wie lange wurde es ohne Zufütterung (d.h. auch ohne Zufütterung von Fruchtsaft) gestillt?

- Weniger als 2 Monate
- 2-4 Monate
- 5-6 Monate
- länger als 6 Monate

E3 Wurde Ihr Kind in Deutschland geboren?

- Ja
- Nein → Wenn nein: in welchem Land wurde es geboren? _____

→ Wenn nein: in welchem Alter kam es nach Deutschland?

mit _____ Jahren

E4 Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr Kind?

- Deutsch
- Türkisch
- Andere → Welche? _____

E5 In welchem Land wurde die (leibliche) **Mutter des Kindes** geboren?

- Deutschland
- Türkei
- Andere → Welches? _____

E6 In welchem Land wurde der (leibliche) **Vater des Kindes** geboren?

- Deutschland
- Türkei
- Andere → Welches? _____

E7 In welchem Land wurde die (leibliche) **Großmutter mütterlicherseits** des Kindes geboren?

- Deutschland
- Türkei
- Andere → Welches? _____

E8 In welchem Land wurde die (leibliche) **Großmutter väterlicherseits** des Kindes geboren?

- Deutschland
- Türkei
- Andere → Welches? _____

E9 In welchem Land wurde der (leibliche) **Großvater mütterlicherseits** des Kindes geboren?

- Deutschland
- Türkei
- Andere → Welches? _____

E10 In welchem Land wurde der (leibliche) **Großvater väterlicherseits** des Kindes geboren?

- Deutschland
- Türkei
- Andere → Welches? _____

E11 Wie alt war die (leibliche) **Mutter** bei Geburt des Kindes ?

____Jahre

E12 Hat Ihr Kind **ältere** Geschwister (auch Halb- und Stiefgeschwister)?

Nein

Ja → Wenn ja: wie viele?

____ Brüder, ____ Schwestern

E13 Hat Ihr Kind **jüngere** Geschwister (auch Halb- und Stiefgeschwister)?

Nein

Ja → Wenn ja: wie viele? ____ Brüder, ____ Schwestern?

E14 Welches ist der **höchste** Schulabschluss der Mutter bzw. des Vaters des Kindes?

	Mutter	Vater
Keine abgeschlossene Schulausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschule, Volksschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschule, Mittlere Reife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium, Abitur, Fachabitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochschule, Fachhochschule, Universität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Ausbildung, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum häuslichen Umfeld

F1 Teilte oder teilt Ihr Kind das Schlafzimmer mit anderen Personen (Erwachsene oder Kinder)?

Bitte ein Kreuz in jede Zeile

	Nein	Ja	Anzahl Personen
Zur Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Wenn ja: _____
Während des 1. Lebensjahres des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Wenn ja: _____
Während eines anderen Lebensabschnittes des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Wenn ja: _____

F2 Ging Ihr Kind jemals in eine Kinderkrippe, ein Kindertagesstätte oder eine Spielgruppe?

Nein

Ja → Wenn ja: ab welchem Alter?
Bitte Alter des Kindes angeben

_____ Jahre _____ Monate

→ Wenn ja: Wie groß waren durchschnittlich die Kindergruppen?

Bitte Gruppengröße angeben

Spielgruppe: ungefähr _____ Kinder

Kinderkrippe: ungefähr _____ Kinder

Kindergarten: ungefähr _____ Kinder

F3 Lebt oder lebte Ihr Kind auf einem bewirtschafteten Bauernhof?

Ja

Nein

F4 Welche der folgenden Haustiere hielten oder halten sich in der Wohnung auf?
Bitte mindestens ein Kreuz in jede Zeile

	Nie gehabt	Zur Zeit	Während der Schwangerschaft mit dem Kind	Während des 1. Lebensjahres des Kindes	Während eines anderen Lebens- abschnittes des Kindes
Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamster, Meerschwein- chen, Ratte, Maus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vogel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes Haustier,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welches? _____

F5 Falls Sie **im ersten Lebensjahr** des Kindes **eine Katze** im Haushalt hatten:
 hielt sich diese Katze auch zeitweise im Bett Ihres Kindes auf?

- Ja
- Nein

F6 Hat oder hatte Ihr Kind regelmäßig Kontakt (**mindestens 1 Mal pro Woche**)
 zu folgenden Tieren?
Bitte ein Kreuz in jede Zeile

	Nein	Ja
Kühe, Rinder, Kälber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schafe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geflügel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pferde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasen, Kaninchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Nutztiere, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F7 Raucht **die Mutter** des Kindes Zigaretten?

- Nein
- Ja → Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

F8 Raucht **der Vater** des Kindes Zigaretten?

Nein

Ja → Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

F9 Wird gegenwärtig **in der Wohnung**, in der das Kind lebt, geraucht?

Nein

Ja → Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?
Mehrere Antworten möglich

Anzahl Zigaretten pro Tag

- Mutter _____
 Vater _____
 Andere _____

F10 Wurde im ersten Lebensjahr des Kindes **in der Wohnung** geraucht, in der das Kind lebte?

Nein

Ja → Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Mehrere Antworten möglich

Anzahl Zigaretten pro Tag

- Mutter _____
 Vater _____
 Andere _____

F11 Rauchte **die Mutter** des Kindes Zigaretten.....

Bitte ein Kreuz in jede Zeile

	Nein	Ja
während der Schwangerschaft mit dem Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während des ersten Lebensjahres des Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F12 Sind oder waren **im Bad Ihrer Wohnung** Feuchtigkeitsschäden, sichtbarer Schimmel oder Pilze an den Wänden oder an der Decke?
Bitte mindestens ein Kreuz in jede Zeile

	Nie gehabt	Zur Zeit	Während der Schwangerschaft mit dem Kind	Während des ersten Lebensjahres des Kindes	Während eines anderen Lebensabschnittes des Kindes
Feuchtigkeitsschäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sichtbarer Schimmel oder Pilze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F13 Sind oder waren in den **Wohn- und Schlafräumen** Feuchtigkeitsschäden, sichtbaren Schimmel oder Pilze an den Wänden oder an der Decke?
Bitte mindestens ein Kreuz in jede Zeile

	Nie gehabt	Zur Zeit	Während der Schwangerschaft mit dem Kind	Während des ersten Lebensjahres des Kindes	Während eines anderen Lebensabschnittes des Kindes
Feuchtigkeitsschäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sichtbarer Schimmel oder Pilze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F14 Haben Sie zur Vorbeugung oder aufgrund einer bestehenden Erkrankung an Asthma oder Allergie Ihres Kindes oder anderer Familienmitglieder Änderungen im Wohnumfeld vorgenommen?
Mehrere Antworten möglich

- Haustier weggeben: Hund Katze Anderes Haustier: _____
- Kontakt zu Kleintieren vermieden (Hamster, Meerschweinchen, Ratte, Maus)
- Mit Rauchen aufgehört oder reduziert
- Matratze mit milbendichten Überzügen
- Teppichböden entfernt
- Bestimmte Nahrungsmittel vermieden → Welche: _____
- Andere Veränderung → Welche: _____
- Nein, wir haben keine der obenstehenden Veränderungen vorgenommen

... und noch zum Schluss:

G1 Wer hat diesen Fragebogen beantwortet?

Mehrere Antworten möglich

- Mutter des Kindes
- Vater des Kindes
- das Kind selbst
- Andere Person, wer? _____

G2 Wann wurde der Fragebogen ausgefüllt?

_____/_____/_____
Tag Monat Jahr

Vielen Dank für Ihre Ausdauer und Ihre Mühe!

Wenn Sie mit den medizinischen Untersuchungen Ihres Kindes einverstanden sind, füllen Sie bitte die Einwilligungserklärung aus und unterschreiben sie.

Einwilligungserklärung

Mit der Durchführung der auf Seite 1 beschriebenen Lungenfunktionsmessungen bin ich einverstanden:

Spirometrie, Kapnovolumetrie und IOS

Spirometrie

Kapnovolumetrie

IOS

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Schule: _____

Datum: _____ Unterschrift der/des
Erziehungsberechtigten:

8 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Isabelle Kolbe
Geburtsdatum	24.10.1981
Geburtsort	Skopje/Mazedonien
Mutter	Dr. phil. Kica Kolbe (Philosophin)
Vater	Michael Kolbe (Dipl. Agraringenieur)
Familienstand	Ledig
Staatsangehörigkeit	Deutsch

Schulbildung

08/1988 - 07/1992	Erich-Kästner-Grundschule, Langenfeld Rhld.
08/1992 - 06/2001	Konrad-Adenauer-Gymnasium, Langenfeld Rhld. Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

Hochschulbildung

10/2001 - 09/2003	Vorklinisches Studium, Universität zu Köln
04/2004	Ärztliche Vorprüfung
10/2003 - 02/2007	Klinisches Studium, Universität zu Köln
02/2007 - 01/2008	Praktisches Jahr an der Uniklinik Köln
06/2008	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Beruflicher Werdegang

Seit 01/2009	Assistenzärztin für Innere Medizin an der Uniklinik Köln / Medizinische Klinik I
--------------	---

Köln, Februar 2009

Isabelle Kolbe