Beschwerdebogen für ambulante Patienten (Kinder)

Beschwerden bitte 2 x täglich aufschreiben

Vorname und Name _____ Tel.Nr. (Handy) _____

Geburtsdatum _____ Mail _____

Datum														
Uhrzeit														
Wie beurteilen Sie den Krankheitszustand ihres Kindes? 0= sehr gut 6 = sehr schecht														
Wie stark ist die Luftnot? / Ist die Atmung angestrengt? 0= kein Problem 6 = sehr schlimm														
Ist Belastung möglich? 0 = wie immer 6 = gar nicht mehr														
Atemfrequenz pro Minute														
Temperatur														
Husten? 0 = Nein 1 = Gelegentlich 2 = stark 3 = sehr stark														
Wie fühlt sich ihr Kind Im Vergleich zu gestern? A = besser B = unverändert C= schlechter D = deutlich schlechter														
Oximetrie Puls														
% Sauerstoff (Sättigung)														
Sonstiges														