

Adressaufkleber  
der Praxis

Bitte korrigieren Sie die oben stehende Adresse, falls die Angaben falsch sind. Diese Anschrift soll in unserer Dokumentation ("Aufatmen in Nordrhein-Westfalen") veröffentlicht werden.

Rückfragen zum Fragebogen und/oder zur Befragungsaktion richten Sie bitte an die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats<sup>1)</sup> oder an:

*Herrn Christoph von Loeben*

bei Patients' Care Mainz

(Institut und Verlag für Patientenschulung und  
Patienteninformation)

Wormser Straße 81

55276 Oppenheim

Tel. 06133 – 2021

der die Herausgeber

Dt. Allergie- und Asthmabund e.V. und Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. vertritt.

Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte mit dem voradressierten Briefumschlag zurück.

## **Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V.**

*zusammen mit*

## **Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.**

## **FRAGEBOGEN FÜR PÄDIATRISCHE PRAXEN**

*Thema:*

Pneumologische Versorgung  
in Nordrhein-Westfalen

Unter dem Titel:

**"Aufatmen in Nordrhein-Westfalen"**

---

<sup>1)</sup> **Prof. Dr. N. Konietzko** und **PD Dr. H. Teschler**, Ruhrlandklinik, Tuschener Weg 40, 45239 Essen  
**Dr. K. Moritz**, Sulzgürtel 16, 50937 Köln  
**N. Mulleneisen**, Königsberger Platz 5, 51371 Leverkusen  
**Prof. Dr. G. Schultze-Werninghaus**, Krankenanstalten „Bergmannsheil“ Med. Klinik und Poliklinik, Burkle de la Camp-Platz 1, 44789 Bochum  
**Prof. Dr. B. Berdel**, Marienhospital Wesel, Pastor-Janßen-Strasse, 46438 Wesel  
**Dr. F. Friedrichs**, Rathausstr. 10, 52072 Aachen

Angelehnt an internationale und nationale Kriterien sollten Ärzte, die dauerhaft und auf hohem qualitativem Standard Kinder mit Atemwegserkrankungen betreuen, folgende Kriterien erfüllen.

Bitte kreuzen Sie die Kategorien an, in denen Sie sich wiederfinden und markieren Sie Ihre Qualifikationen.

1. Verfügen Sie über die Zusatzbezeichnung Allergologie?  ja  nein
2. Stellen Sie Kinder mit Asthma bronchiale auf Dauermedikation ein?  ja  nein
3. Können Sie mittels Lungenfunktionsdiagnostik Ihre Therapiemaßnahmen überprüfen?  
 Falls Sie mit „Ja“ antworten, machen Sie bitte Angaben zum verwendeten Verfahren:
- Fluss-Volumen-Kurve (eichbar mit Protokollführung der Eichung)
  - Bodyplethysmograph
  - Weitere Verfahren (bitte nennen)   
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
4. Führen Sie selbständig Allergietests und Provokationstests durch?  
 Falls Sie mit „Ja“ antworten, machen Sie bitte Angaben zum Verfahren:
- Pricktest:
  - Provokationstest:
  - bronchial
  - nasal
5. Betreuen Sie mehr als 100 Kinder mit obstruktiven Atemwegserkrankungen pro Quartal?  ja  nein

6. - Führen Sie eine Asthmaschulung durch? (nach den Vorgaben der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.)  ja  nein
- Führen Sie Instruktionen (sog. „Kurzschulungen“) durch?  ja  nein
7. Bilden Sie schwerpunktmäßig Kollegen aus?  ja  nein
8. Weitere Angaben:  
 Kreuzen Sie die Felder an, die für Sie zutreffen:
- Mitglied der GPA (bzw. der WAPA)  ja  nein
  - Teilnahme an GPA / WAPA Kursen  ja  nein
  - Mitglied der GPP  ja  nein
  - Teilnahme an Jahrestagungen  ja  nein
  - Verfügen Sie über das Asthmatrainerzertifikat der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.?  ja  nein
  - Sind Sie Mitglied in einem Qualitätszirkel zu allergologischen oder/und pneumologischen Inhalten.  ja  nein
  - Sonstige: \_\_\_\_\_  ja  nein  
 \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die Adresse meiner Praxis in der Informationsschrift veröffentlicht wird.

Datum:

Unterschrift:

Stempel