

	immer	manchmal	selten	nie
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten nachts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten tagsüber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sekret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	hell/klar	gelb	braun	grün
Sekretfarbe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein		
Atemwegsinfekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	x/Tag	x/Woche	Feuchth.	Spray
Inhalationen	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	täglich	manchmal	selten	nie
Bauchweh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appetitverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stuhlgang	_____ x			
	Tage	x/Woche		
Fehltage	_____	in Schule und Kita		
Fieber	_____	max. Temperatur:	_____ °C	
Physiotherapie		_____		
Sport		_____		
	Augen	Niesen	Haut	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	x/Tag	manchmal	selten	nie
Feuchtinhalation	_____			
Flutter	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cornet	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PEP-System	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ambulanzbesuch-Gedankenstütze (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

	immer	manchmal	selten	nie
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten nachts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten tagsüber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sekret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	hell/klar	gelb	braun	grün
Sekretfarbe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ja	nein		
Atemwegsinfekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	x/Tag	x/Woche	Feuchth.	Spray
Inhalationen	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	täglich	manchmal	selten	nie
Bauchweh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appetitverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stuhlgang	_____ x			
	Tage	x/Woche		
Fehltage	_____	in Schule und Kita		
Fieber	_____	max. Temperatur:	_____ °C	
Physiotherapie		_____		
Sport		_____		
	Augen	Niesen	Haut	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	x/Tag	manchmal	selten	nie
Feuchtinhalation	_____			
Flutter	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cornet	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PEP-System	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ambulanzbesuch-Gedankenstütze (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)