



FO Fragebogen gastroenterologische Ambulanz

Bitte in Blockschrift **gut lesbar** ausfüllen, mit Vorbefunde senden oder faxen an:

Universitätsklinikum Erlangen
Klinik für Kinder und Jugendliche
z. Hd. Frau Schwarzmayr
Loschgestraße 15
91054 Erlangen

Fax: 09131 85-33375
Email: Gastroenterologie.Kinder@uk-erlangen.de

Termin:

Liebe Eltern,

mit diesem Fragebogen wollen wir die Beschwerden Ihres Kindes systematisch erfassen. Die Angaben werden unseren ÄrztInnen bei der Frage helfen, welche diagnostischen Maßnahmen mit welcher Dringlichkeit bei Ihrem Kind erforderlich sind. Nehmen Sie sich ausreichend Zeit für die Beantwortung der Fragen. Die Erhebung der Daten ist umfangreich, da wir eine ganzheitliche Betrachtung der Beschwerden anstreben und nicht „nur das Problem behandeln möchten“. Die Beispiele in den Klammern dienen als Hilfestellung. Wir bitten Sie alle Felder auszufüllen. Notieren Sie bitte auch Dinge, die Sie vielleicht als medizinisch unwichtig einstufen. Wir möchten Sie bitten, möglichst **alle Vorbefunde** und **Arztberichte** anzuhängen sowie das „**Gelbe Heft**“ mit den **U-Untersuchungen** zur Sprechstunde mitzubringen.

Patientendaten		
Name :	Vorname:	Geburtstag:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Gewicht: (kg)	Größe:
Name, Vorname der Erziehungsberechtigten :		
Adresse (Straße, PLZ, Ort):		
Telefon:	E-Mail:	Versicherung
Bekannte Diagnosen (ggf. Vorbefunde, Arztberichte beilegen)		
<input type="checkbox"/> Überweisung durch Kinderarzt (Kopie des Überweisungsschein beifügen) <input type="checkbox"/> Vorstellung auf eigenen Wunsch		
Anlagen:		
<input type="checkbox"/> Kopie des Überweisungsscheins <input type="checkbox"/> Befund _____ <input type="checkbox"/> Befund _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		

Bitte sagen sie Ihren Termin frühzeitig unter der Tel. 09131/85-33735 ab, wenn sie diesen nicht wahrnehmen, um Wartezeiten zu verkürzen.

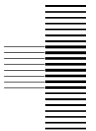


FO Fragebogen gastroenterologische Ambulanz

Beschwerdebild
Was genau sind die Beschwerden Ihres Kindes?
Wie oft treten die o.g. Beschwerden auf?
Wann treten die Beschwerden auf?
Können Sie die Beschwerden lokalisieren?
Kurze Beschreibung der Beschwerden (z.B. ziehende Bauchschmerzen im Nabelbereich, bis mein Kind erbricht):
Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst? (z.B. bestimmte Nahrungsmittel, Sport, emotionaler Stress, Schulstress)
Wodurch werden die Beschwerden verschlimmert? (z.B. Sport, Kälte, bestimmte Nahrungsmittel)
Wodurch werden die Beschwerden gebessert? (z.B. Stuhlgang, Windabgang, Erbrechen, Wärme, Massage)
Wie stark schätzen Sie die Beeinträchtigung Ihres Kindes ein?
Wie stark ist die Belastung für Sie?
<p>1 2 3 4 5 6</p> <p>[0]---[1]---[2]---[3]---[4]---[5]---[6]---[7]---[8]---[9]---[10]</p> <p>Keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen</p>
Durch wen erfolgte die Überweisung an unsere Ambulanz?

Kenn-Nr.: UKER-8-12943 Version: 4

Bitte sagen sie Ihren Termin frühzeitig unter der Tel. 09131/85-33735 ab, wenn sie diesen nicht wahrnehmen, um Wartezeiten zu verkürzen.

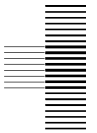


FO Fragebogen gastroenterologische Ambulanz

Bisherige Untersuchungen	
<input type="checkbox"/> Körperliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Stuhluntersuchung <input type="checkbox"/> weitere	
Gab es irgendwelche Auffälligkeiten? (Organisieren Sie bitte alle Vorbefunde und legen Sie diese in Kopie bei.)	
Wurde ein Beschwerdetagebuch geführt?	
Bei wieviel Ärzten/Therapeuten waren Sie wegen der Beschwerden?	
Ist Ihr Kind in regelmäßiger Behandlung bei einem anderen Facharzt? (z.B. seit 1 Jahr beim Neurologen wg. Epilepsie)	
Vorgeschichte und bisherige Entwicklung	
Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?	
<input type="checkbox"/> Frühwehen <input type="checkbox"/> Blutung <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen	
Geburt in welcher Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/> Spontangeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt
Geburtsgewicht in Gramm:	Geburtslänge in cm:
Gab es Probleme bei der Geburt?	
Gab es Auffälligkeiten in der bisherigen Entwicklung?	
Bisherige Erkrankungen und Operationen? (z.B. Windpocken 2007, Blinddarmentzündung und OP 2012)	

Kenn-Nr.: UKER-8-12943 Version: 4

Bitte sagen sie Ihren Termin frühzeitig unter der Tel. 09131/85-33735 ab, wenn sie diesen nicht wahrnehmen, um Wartezeiten zu verkürzen.



FO Fragebogen gastroenterologische Ambulanz

Vorgeschichte und bisherige Entwicklung

Bisherige Krankenhausaufenthalte? (z.B. Diagnostik bei Bauchschmerzen und Darmverschluss 2013 in Wermisdorf)

Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen? (z.B. Asthma seit 2008)

Hat Ihr Kind Allergien oder bekannte Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Familiengeschichte

Haben die Kindeseltern Erkrankungen/Allergien? (z.B. Mutter: Schilddrüsenunterfunktion, L-Thyrox, Vater: Heuschnupfen)

Geschwister des Kindes, Geschlecht, Alter, evtl. Erkrankungen? (z.B. Bruder, 9 Jahre, Asthma seit 2 Jahren)

Gibt es Familienangehörige mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen oder Zöliakie (Glutenunverträglichkeit)?

Soziales Umfeld

Welche Einrichtung besucht Ihr Kind? (z.B. Grundschule, 3. Klasse)

Wie kommt Ihr Kind dort zurecht? (z.B. Notendurchschnitt 2,0, 4 Freunde, geht gerne in Schule)

Gab es psychisch belastende Ereignisse für das Kind in der letzten Zeit? (z.B. Schulwechsel, Scheidung, Krankheit, Tod)

Bitte sagen sie Ihren Termin frühzeitig unter der Tel. 09131/85-33735 ab, wenn sie diesen nicht wahrnehmen, um Wartezeiten zu verkürzen.