

FO Fragebogen gastroenterologische Ambulanz

Formular

Sehr geehrte 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.

→ Bitte achten Sie auf eine leserliche Schreibweise!

**Bitte senden Sie uns den Fragebogen (Seite 1-5) mit Vorbefunden zu.
Nach Erhalt der Unterlagen, bekommen Sie einen Termin von uns.**

Zum Termin müssen Sie folgendes mitbringen:

1. Gelbes Untersuchungsheft
2. Überweisungsschein
3. Versichertenkarte

Falls Sie Ihren nicht einhalten können, bitten wir Sie dringend, aufgrund des hohen Patientenaufkommens, den Termin rechtzeitig abzusagen.

Sollten Sie uns telefonisch nicht erreichen, dann schreiben Sie uns bitte eine Mail an Gastroenterologie.Kinder@uk-erlangen.de oder ki-aufnahme@uk-erlangen.de .

Wir bitten nochmals um Verständnis und um frühzeitige Terminabsage!

Mit freundlichen Grüßen
Pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie



FO Fragebogen gastroenterologische Ambulanz

Formular

Universitätsklinikum Erlangen
Kinder- und Jugendklinik
Pädiatrische Gastroenterologie
z.Hd. Frau Schwarzmayr
Loschgestraße 15
91054 Erlangen

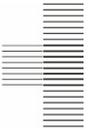
Faxnummer: 09131 85-33375

E-Mail: Gastroenterologie.Kinder@uk-erlangen.de

Termin: _____

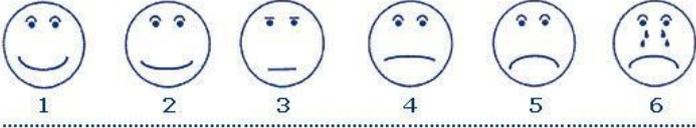
Patientendaten		
Name :	Vorname:	Geburtsdatum:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Gewicht: _____ kg	Größe: _____ cm
Name, Vorname der Erziehungsberechtigten:		
Adresse (Straße, PLZ, Ort):		
Telefon:	E-Mail:	Versicherung
Gibt es bekannte Vordiagnosen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → Wenn ja, dann bitte Befunde beifügen		
Gibt es Vorbefunde? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → Wenn ja, dann bitte Befunde beifügen		
<input type="checkbox"/> Überweisung durch Kinderarzt (Kopie des Überweisungsscheines beifügen) <input type="checkbox"/> Vorstellung auf eigenen Wunsch		
Durch wen erfolgte die Überweisung an unsere Ambulanz?		

Beschwerdebild:
Was für Beschwerden hat Ihr Kind? → bitte ankreuzen! <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen <input type="checkbox"/> Gedeihstörung <input type="checkbox"/> Leberwertveränderung
Was ist, Ihrer Meinung nach, das Hauptproblem Ihres Kindes?
Was genau sind die Beschwerden Ihres Kindes? (bitte detailliert beschreiben!)

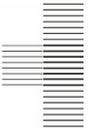


FO Fragebogen gastroenterologische Ambulanz

Formular

Beschwerdebild:
Wie oft treten die 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?  [0]---[1]---[2]---[3]---[4]---[5]---[6]---[7]---[8]---[9]---[10] Keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen

Stuhlverhalten
Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang?
Wie ist die Konsistenz des Stuhls?
Welche Farbe hat der Stuhlgang?
Gibt es Schleimauflagerungen oder andere Auffälligkeiten beim Stuhl?



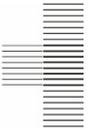
FO Fragebogen gastroenterologische Ambulanz

Formular

Ernährung
Wie beschreiben Sie die Ernährung Ihres Kindes?
Gibt es bekannte Nahrungsmittelallergien oder Unverträglichkeiten?
Bitte führen Sie auf Seite 6 , einen Tag lang ein Ernährungsprotokoll

Bisherige Untersuchungen
<input type="checkbox"/> Körperliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Stuhluntersuchung <input type="checkbox"/> sonstiges
Gab es irgendwelche Auffälligkeiten? (Organisieren Sie bitte alle Vorbefunde und legen Sie diese in Kopie bei)
Wurde ein Beschwerdetagebuch geführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, dann bitte beifügen
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 wegen Epilepsie) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Vorgeschichte und bisherige Entwicklung
Ist Ihr Kind reifgeboren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn nein, in welcher Schwangerschaftswoche ist Ihr Kind geboren?
Wie waren die Geburtslänge und das Geburtsgewicht? Geburtslänge: Geburtsgewicht:
Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen oder Auffälligkeiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?
Bisherige Krankenhausaufenthalte? (z.B. Diagnostik bei Bauchschmerzen u. Darmverschluss 2013 in Wernsdorf)



FO Fragebogen gastroenterologische Ambulanz

Formular

Vorgeschichte und bisherige Entwicklung

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

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

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)

