

FO Fragebogen gastroenterologische Ambulanz

Formular

Sehr geehrte Eltern,

mit diesem Fragebogen wollen wir die Beschwerden Ihres Kindes systematisch erfassen. Die Angaben werden unseren Ärzten und 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 senden Sie uns den Fragebogen vollständig ausgefüllt (Seite 2-7) mit Vorbefunden zu.

➔ Bitte achten Sie auf eine leserliche Schreibweise!

Nachdem wir die Unterlagen erhalten haben, besprechen wir diese und melden uns für die Terminvereinbarung bei Ihnen

Zum Termin bitte Sie folgendes mitbringen:

1. Gelbes Untersuchungsheft
2. Impfpass
3. Überweisungsschein
4. Versichertenkarte

Falls Sie Ihren Termin nicht einhalten bzw. wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen rechtzeitig abzusagen!

Telefonisch sind wir unter der **09131 85-41355** wie folgt erreichbar:

Montag	9.00 bis 10.00 Uhr
Mittwoch	14.00 bis 15.00 Uhr
Freitag	10.00 bis 11.30 Uhr

Sollten Sie uns telefonisch **nicht** erreichen, dann schreiben Sie uns bitte eine Mail an Gastroenterologie.Kinder@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

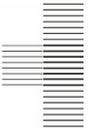
Faxnummer: 09131 85-33375

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:	
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!)

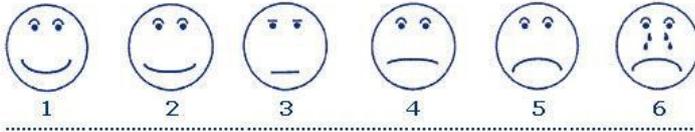


FO Fragebogen gastroenterologische Ambulanz

Formular

Beschwerdebild:

Wie stark sind die Schmerzen Ihres Kindes?

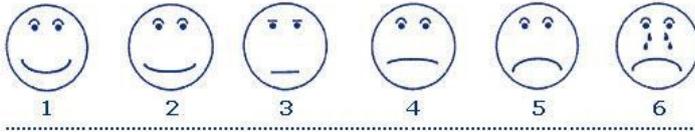


[0]---[1]---[2]---[3]---[4]---[5]---[6]---[7]---[8]---[9]---[10]

Keine Schmerzen

stärkste vorstellbare Schmerzen

Wie stark ist die Belastung für Sie?



[0]---[1]---[2]---[3]---[4]---[5]---[6]---[7]---[8]---[9]---[10]

Keine Belastung

sehr große Belastung

Stuhilverhalten

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?

Hat Ihr Kind Blut im Stuhl?

Ernährung

Wie beschreiben Sie die Ernährung Ihres Kindes?

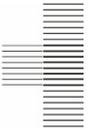
Gibt es bekannte Nahrungsmittelallergien oder Unverträglichkeiten?

Bitte führen Sie auf **Seite 7**, einen Tag lang ein Ernährungsprotokoll

Bisherige Untersuchungen

- Körperliche Untersuchung Blutuntersuchung Ultraschall
 Stuhluntersuchung Sonstiges

Gab es irgendwelche Auffälligkeiten? (**Organisieren Sie bitte alle Vorbefunde und legen Sie diese in Kopie bei**)



FO Fragebogen gastroenterologische Ambulanz

Formular

Bisherige Untersuchungen

Wurde ein Beschwerdetagebuch geführt?

Ja 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)

Ja Nein

Vorgeschichte und bisherige Entwicklung

Ist Ihr Kind reifgeboren?

Ja 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?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bisherige Krankenhausaufenthalte? (z.B. Diagnostik bei Bauchschmerzen u. Darmverschluss 2013 in Wernsdorf)

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

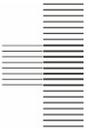
Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien?

Ja Nein

Wenn ja, welche?



FO Fragebogen gastroenterologische Ambulanz

Formular

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)

