

Anmeldung Kindergastroenterologische Sprechstunde

I) Allgemeine Informationen

Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum				
PLZ/Wohnort, Straße				
Telefon, e-mail				
Krankenversicherung	Name			
	Vater (Name)	Geb. Datum		
	Mutter(Name)	Geb. Datum		
	Hauptversicherter			
Sorgerecht	☐ Eltern	☐ Mutter	☐ Vater	Sonst.
Kind lebt bei	☐ Eltern	☐ Mutter	☐ Vater	sonst
Überweisender Arzt				

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Chefarzt
 Prof. Dr. med. Thomas Lang
 Spezialsprechstunde
 Kindergastroenterologie
 alle Kassen
 T +49 8151 18-2330
 F +49 8151 18-2379
 thomas.lang@starnberger-kliniken.de

Starnberg

Ihr Schreiben vom / Ihr Zeichen

Bei Antwort bitte angeben



Vom überweisenden Arzt auszufüllen:

Fragestellung des überweisenden Kinderarztes:



Von den Eltern auszufüllen:

II) Aktuelle Vorstellung

Was macht Ihnen bei ihrem Kind Sorgen, welche Beschwerden hat Ihr Kind, warum möchten Sie zu uns kommen?

Seit wann besteht das Problem?

Wie oft treten die Beschwerden pro Woche auf?

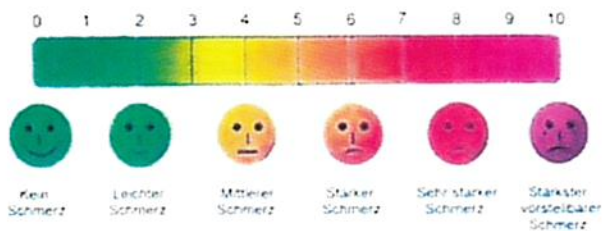
Wann treten die Beschwerden auf (Tageszeit)?

Können Sie die Stelle der Beschwerden benennen?

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?

Was Hilft Ihrem Kind zur Linderung der Beschwerden?

Wie stark sind die Beschwerden?



Sind bei Ihrem Kind Untersuchungen durchgeführt worden: (bitte Ergebnisse beilegen)

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja welche?



Welche Ärztinnen und Ärzte haben Sie wegen der Beschwerden aufgesucht?

Ist Ihr Kind in regelmäßiger medizinischer Betreuung?

III) Vorgeschichte

Gab es in der Vergangenheit Ihres Kindes besondere Erkrankungen, Operationen oder Unfälle?

Hat Ihr Kind Allergien, Unverträglichkeiten?

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

Geburtsgewicht:

Länge bei Geburt:

Ist die Längen und / oder die Gewichtsentwicklung auffällig

Gibt es Auffälligkeiten in der Entwicklung Ihres Kindes?

Leidet in Ihrer Familie jemand an Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts oder an Unverträglichkeiten?



IV) Sozialanamnese

Mein Kind besucht:

- ☐ Kinderkrippe seit:
- ☐ Kindergarten seit:
- ☐ Schule (Art der Schule)
- ☐ Ausbildung/Lehre

Wie geht es weiter:

1. Bitte füllen Sie den Bogen gemeinsam mit dem Arzt Ihres Kindes aus und lassen ihn uns zusammen mit Befunden und Arztbriefen vor Ihrem Termin zukommen
2. Nach Bearbeitung Ihres Fragebogens melden wir uns wegen eines Termins in unserer Sprechstunde
3. Zum Termine bringen Sie bitte Überweisungsschein, Gelbes Heft und Impfpass mit

Kontakt:

Spezialsprechstunde Kindergastroenterologie

Kinderklinik Starnberg

Oßwaldstraße 1

82319 Starnberg

Tel: 08151-182330

FAX: 08151-182379



Folgende Zeilen sind von uns auszufüllen:

Kenntnisnahme am _____ durch: _____

Kontaktaufnahme Eltern am _____ durch: _____

Empfehlung:

- ☐ Vorstellung Haus/Kinderarzt
- ☐ Vorstellung Kindergastroenterologie mittelfristig
- ☐ Vorstellung Kindergastroenterologie zeitnah
- ☐ stationäre Vorstellung



Bauchschmerz-Anamnesebogen

Patient:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: Patient Mutter Vater andere: _____

Lassen Sie bitte Fragen die Sie nicht beantworten können einfach aus, wir können diese dann später mit Ihnen besprechen.

Ab wann traten bei Ihrem Kind die Bauchschmerzen regelmäßig auf ?

vor ca. Wochen vor ca. Monaten vor ca. Jahren

Begannen die Bauchschmerzen nach einem Magen-Darminfekt Nein Ja
nach einer Auslandsreise oder Ereignis ?

Wie häufig treten die Schmerzen auf ? x pro Tag
 x mal pro Woche stark wechselnd (bitte beschreiben)

Wie lang sind die Phasen ohne Bauchschmerzen ?

Tage Wochen

An welcher Stelle des Bauches ist der Schmerz am stärksten ?

Um den Nabel

andere:

Wie lange dauern die Schmerzen an: Minuten Stunden

Was tun Sie oder Ihr Kind zur Linderung der Schmerzen?

Wie stark sind die Schmerzen ?

leicht (mein Kind wirkt wenig beeinträchtigt)

merklich (unterbricht z.B. das Spiel)

stark (z.B. Weinen, Krümmen)

Tritt auch Übelkeit zusammen mit den Schmerzen auf ?

Nein

Ja (wie häufig ?)

Muss Ihr Kind sich während der Schmerzen übergeben ?

Nein

Ja (wie häufig ?)

Bauchschmerz-Anamnesebogen

Gibt es eine bestimmte Tageszeit zu der die Schmerzen zumeist auftreten ?

Nein

Ja (welche ?)

Treten Bauchschmerzen auch während des Essens auf ?

Nein

Ja

Wacht Ihr Kind nachts von den Schmerzen auf ?

Nein

Ja

Treten Schmerzen vor oder nach dem Stuhlgang auf ?

Nein

vor

nach

Treten Kopfschmerzen in Zusammenhang auf?

Nein

Ja

Falls Abhängigkeit vom Stuhlgang besteht: tritt nach dem Stuhlgang eine Besserung ein ?

Nein

manchmal

Ja

Haben Sie Blut oder Schleim im Stuhlgang entdeckt ? Wenn ja wie oft ?

Nein

Ja Schleim

Ja Blut

manchmal

häufig

Häufigkeit des Stuhlganges x pro Tag/Woche

Nächtlicher Stuhlgang?

Nein

Ja

Besteht plötzlicher Stuhldrang?

Nein

Ja

Festigkeit des Stuhls

normal

flüssig/breiig

hart

wechselnd

Geht Stuhl manchmal in die Unterhose?

Nein

Ja

Bemerkt das Ihr Kind?

Nein

Ja

Stuhlschmierer oder richtige Wurst ?

Form des Stuhls

wässrig-verlaufend

Brei

„Wurst“

„Köttel“

fettig?

Leidet Ihr Kind neben den Bauchschmerzen noch an anderen Schmerzen ?

Kopfschmerz

Gelenkschmerzen

Anderer:

Aphthen / (Bläschen) im Mund

Hat Ihr Kind wiederholt Episoden mit Fieber ohne klare Ursache?

Nein

Ja

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser der Bauchschmerzen in Verdacht ?

Milch oder Milchprodukte

Obst

Säfte

Süßigkeiten

sonstiges

Bitte ggf. erklären



Bauchschmerz-Anamnesebogen

Haben Sie bereits Versuche mit einer Diät durchgeführt und war dies erfolgreich?

Nein

Ja (welche?)

--

Ist bereits Diagnostik hinsichtlich Nahrungsmittelunverträglichkeiten erfolgt (Atemtest etc)

Nein

Ja (welche?)

--

Welche Mengen der folgenden Nahrungsmittel nimmt Ihr Kind regelmäßig zu sich?

(bitte ungefähre Mengen angeben)

Milch	
Milchprodukte (welche?)	
Obst (bitte Sorte angeben)	
Süßigkeiten	
Säfte/Limonaden (bitte Art und Menge angeben)	

Appetit: gut wechselnd mäßig schlecht

Gibt es Schwierigkeiten beim Schlucken (viel Nachtrinken, Steckenbleiben..., Globusgefühl)

Nein

Ja

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja

Welche?

--

Wie beurteilen Sie die das Allgemeinbefinden und/oder die körperliche

Leistungsfähigkeit Ihres Kindes außerhalb der Bauchschmerzepisoden

normal

reduziert

Hat Ihr Kind Gewicht abgenommen?

Nein

Ja

Wieviel?

Ca.

--

kg

Ist Ihr Kind weniger gewachsen als Geschwister/Gleichaltrige?

Nein

Ja

Gab es einen Entwicklungs-Stopp? (Pubertätsverzögerung)

Nein

Ja

Hat Ihr Kind im Kindergarten oder Schule wegen der Schmerzen gefehlt

Nein

selten

häufig

Welche Schulform

--

und Klasse

--

besucht Ihr Kind

Wie beurteilen Sie die schulischen Leistungen?

Problemfächer?

--

Bauchschmerz-Anamnesebogen

Können Sie sich psychologische Gründe als Schmerzauslöser vorstellen ?

Nein unklar Ja

Welche ?

Bei jugendlichen Mädchen:

Wann trat die Regelblutung das erste Mal auf ? mit Jahren

Gibt es schwere Vorerkrankungen
Verletzungen
Krankenhausaufenthalte
Operationen
(bitte angeben welche und falls möglich wann)

Sind Allergien bekannt ? Welche ?

Fragen zur Familie:

Hat Ihr Kind Geschwister ? Nein Ja Wie viele ?

Leben die Eltern getrennt ?

Nein Ja

Gibt es in der Familie jemanden der ebenfalls an Bauch- oder Kopfschmerzen leidet?

Nein Ja wer ?

Haben Sie selbst oder Ihr Mann/Ihre Frau in Ihrer Jugend vergleichbare Probleme gehabt?

Nein Ja

Sind bei Ihnen oder nahen Verwandten chronische Erkrankungen insbesondere
des Verdauungstraktes aufgetreten ?

Nein Ja bei wem ?

Darmerkrankungen ?

Nein Ja bei wem ?

Allergische Erkrankungen?

Nein Ja bei wem ?



Bauchschmerz-Anamnesebogen

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt

Stuhluntersuchungen	unauffällig
Ultraschall	unauffällig
Blutuntersuchungen	unauffällig
Urinuntersuchungen	unauffällig

Wenn Ihr Kind keine Bauchschmerzen hätte, wäre es dann ein gesundes Kind? Nein
Ja

Frage an Ihr Kind:

Wie oft fühltest Du Dich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Deinen Tätigkeiten	☐	☐	☐	☐
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐	☐	☐	☐
Nicht in der Lage zu sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐	☐	☐	☐

Bitte nutzen Sie den verbleibenden Platz für Ergänzungen oder Anmerkungen:

Lassen Sie bitte Fragen die Sie nicht beantworten können einfach aus.
Wir können diese dann später mit Ihnen besprechen.

Vielen Dank für die Unterstützung!