

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?

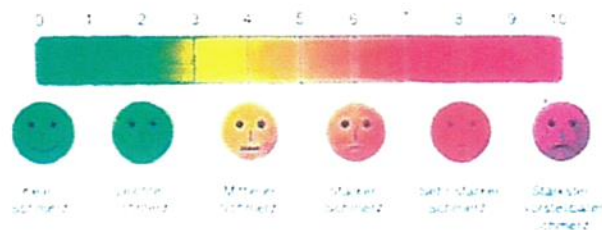
Wann treten die Beschwerden auf (Tageszeit)?

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