



ANMELDEBOGEN FÜR DIE KINDERGASTROENTEROLOGISCHE SPRECHSTUNDE
Kinderärzte Friesenweg – Dr. Ohlhoff

Name des Kindes (wie auf der Gesundheitskarte):

Anschrift:

Geburtsdatum:

Telefon (gerne 2 Telefonnummern):

E-Mail-Adresse:

Kinderarzt:

Überweisung nein ja

Name und Fachrichtung des überweisenden Arztes:

Dieser Fragebogen wird ausgefüllt von:

Patient Mutter Vater andere

Von wem?

Warum soll Ihr Kind bei uns vorgestellt werden? Welche Beschwerden hat Ihr Kind?

Bauchschmerzen: nein

Ja **Seit wann treten bei Ihrem Kind die Bauchschmerzen auf?**
seit ca. Wochen, seit ca. Monaten, seit ca. Jahren

Begannen die Beschwerden nach einem Magen-Darminfekt? nein Ja
nach einer Auslandsreise oder anderem Ereignis? nein Ja
welchem?

Wie häufig klagt Ihr Kind über Bauchschmerzen?

ca. x pro Tag, ca. x pro Woche, sehr wechselnd
ggf. Beschreibung:

Hat Ihr Kind im Kindergarten/ Schule wegen Schmerzen gefehlt? nein Ja

selten häufig

Wie lang sind die Phasen ohne Bauchschmerzen?

ca. Tage, ca. Wochen

An welcher Stelle des Bauches ist der Schmerz am stärksten?

Um den Nabel an einer anderen Stelle Wo?

Wie lange dauern die Schmerzen an?

ca. Minuten, ca. 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?

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

ja

davor

danach

Treten Kopfschmerzen im 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?

nein

Ja, Schleim

Ja, Blut

manchmal

häufig

Häufigkeit des Stuhlganges:

ca. x pro Tag,

ca. x pro Woche

Nächtlicher Stuhlgang?

nein

ja

Besteht plötzlicher Stuhldrang?

nein

ja

Festigkeit des Stuhls:

weich & geformt („normal“)

flüssig, breiig

hart

wechselnd

Geht Stuhl manchmal in die Unterhose?

nein

ja

Bemerkt Ihr Kind das?

nein

ja

Ist es **Stuhlschmierer**

oder

eine **richtige Wurst**

Form des Stuhls:

Wässrig-verlaufend

Brei

„Wurst“

„Köttel“

dabei fettig?

Leidet Ihr Kind neben den Bauchschmerzen noch an anderen Schmerzen?

nein

ja

Kopfweg

Gelenkschmerzen

Apften (Bläschen) im Mund

andere

welche?

Hat Ihr Kind wiederholt Episoden mit Fieber ohne klare Ursache?

nein

ja

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

nein

ja

Milch/Milchprodukte

Obst

Säfte

Süßigkeiten

sonstiges

ggf. was?



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? (gerne in Stück/ Liter)

Milch

Milchprodukte (welche?)

Obst (welche Sorte?)

Süßigkeiten

Säfte

Limonaden

Wie ist der Appetit Ihres Kindes?

gut wechselnd mäßig schlecht

Gibt es Schwierigkeiten beim Schlucken?

Viel Nachtrinken Steckenbleiben Globusgefühl nein ja
andere?

Ggf. welche?

Wie beurteilen Sie die das Allgemeinbefinden und/oder die körperliche Leistungsfähigkeit Ihres Kindes?

(außerhalb der Beschwerde-/Bauchschmerzepisoden)

normal reduziert

Hat Ihr Kind eine bekannte Grunderkrankung?

nein ja

welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

nein ja

welche?

Hat ihr Kind Gewicht verloren?

nein ja

wie viel? ca. Kilogramm

Ist Ihr Kind weniger gewachsen als Geschwister/Gleichaltrige?

nein ja

Gab es einen Entwicklungs-Stopp? (Pubertätsverzögerung)

nein ja

Welche Schulform und Klasse besucht Ihr Kind?

Wie beurteilen Sie die schulischen Leistungen?

Gibt es Problemfächer?

nein ja

welche?

Können Sie sich psychologische Gründe als Beschwerde-/Schmerzauslöser vorstellen?

nein unklar ja

welche?

Bei jugendlichen Mädchen:

Wann trat die Regelblutung das erste Mal auf?

mit ca. Jahren



Gibt es bekannte Allergien: nein ja
welche?

Gibt es vorangegangene Verletzungen, Krankenaufenthalte, Operationen, o. ä.? nein ja
Was und wann?

Familienanamnese

Hat Ihr Kind Geschwister? nein ja
Wie viele? Alter?

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/Frau in Ihrer Jugend vergleichbare Probleme gehabt?
nein ja inwiefern?

Sind bei Ihnen oder einem nahen Verwandten chronische Erkrankungen, insbesondere des Verdauungstraktes, aufgetreten? nein ja
bei wem?

Darmerkrankungen? nein ja
bei wem?

Allergische Erkrankungen? nein ja
bei wem?

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?

Stuhluntersuchung: Ergebnis unauffällig Ergebnis auffällig wann? nein ja

Ultraschall des Bauchs: Ergebnis unauffällig Ergebnis auffällig wann? nein ja

Blutuntersuchung: Ergebnis unauffällig Ergebnis auffällig wann? nein ja

Urinuntersuchung: Ergebnis unauffällig Ergebnis auffällig wann? nein ja

Eigene Fragestellungen, Ergänzungen oder Anmerkungen:



Fragen an Ihr Kind:

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

Wenig Interesse oder Freude an Deinen Tätigkeiten

Überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage
beinahe jeden Tag

Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung

Überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage
beinahe jeden Tag

Nicht in der Lage zu sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren

Überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage
beinahe jeden Tag

in Anlehnung an den Bauchschmerzanamnesebogen der GPGE

Bei welchen anderen Krankenhäusern, Ärzten oder Ambulanzen ist Ihr Kind schon behandelt worden?

AKK. Welche Abteilung und wann?

Kinderkrankenhaus Wilhelmstift. Welche Abteilung und wann?

UKE. Welche Abteilung und wann?

andere Gastroenterologen. Welche und wann?

Bitte fügen Sie alle Berichte aus diesen Behandlungen bei.

Mit der Unterschrift und den Angaben meiner Daten erkläre ich mich zur Kontaktierung per E-Mail oder Telefon/SMS einverstanden. Außerdem erkläre ich ebenso mein Einverständnis, dass die Ärzte und Mitarbeiter der Kinderarztpraxis Friesenweg ggf. Kontakt zu den hier angegebenen behandelnden Kinderärzten bzw. Vorbehandlern Kontakt aufnehmen dürfen.

Mit der Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich zur Kenntnis genommen habe, dass im Falle eines unentschuldigtem Nichterscheinens am Termin, 50 Euro in Rechnung gestellt werden.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



Kinder und Jugendärztliche Gemeinschaftspraxis CF-Zentrum Altona (Ambulanz)

Bitte senden Sie die ausgefüllten Seite 1 - 5 und die Unterlagen an uns

per **Post** an: Dres. Müller-Stöver und Held, Friesenweg 2, 22763 Hamburg

oder Mail an: facharzt@kinderaerztfriesenweg.de

oder **faxen** Sie oder Ihre Kinderarztpraxis an 040 380 53 52

Wir setzen uns dann innerhalb von 14 Tagen mit Ihnen für einen Termin in Verbindung.
Sollten Sie beim dritten Mal nicht erreichbar sein, versuchen wir es nicht erneut.

Zum Termin bringen Sie bitte mit:

Gesundheitskarte des Kindes

Erziehungsberechtigtes Elternteil oder Erwachsenen mit Vollmacht des erziehungsberechtigten Elternteils

Überweisung

Alle Medikamente, die Sie aktuell nutzen oder in der Vergangenheit genutzt haben (ggf. Foto)

Alle medizinischen Unterlagen von Vorbehandlungen

Sie erreichen uns:

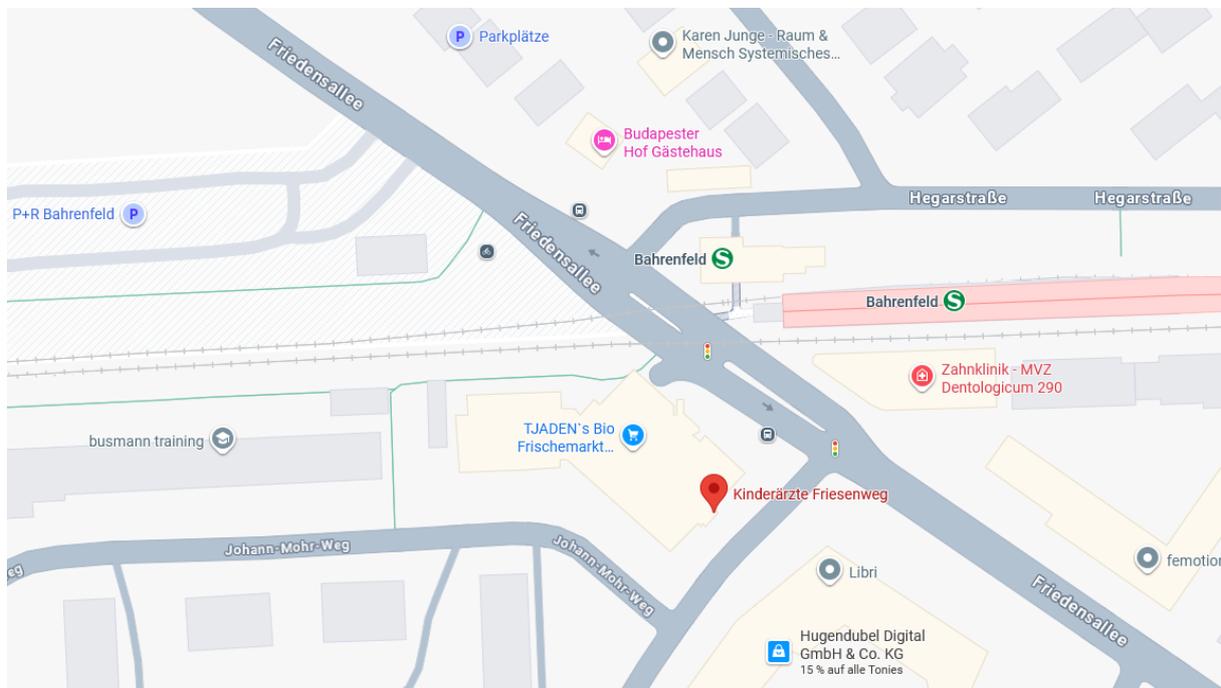
ÖPNV: S-Bahn Bahrenfeld

Parken:

Anwohnerparken kostenpflichtig (4 Euro/Std) /E-Auto (3 Stunden kostenfrei)

Weitere kostenpflichtige Parkmöglichkeiten in der Nähe

Friesenweg 2, 22763 Hamburg, im 1. Stock. Fahrstuhl vorhanden, keine barrierefreien Toiletten



Quelle: maps.google.com