



ANMELDEBOGEN FÜR DIE KINDERGASTROENTEROLOGISCHE SPRECHSTUNDE

Kinderärzte Friesenweg – Dr. Ohlhoff

Name & Geburtsdatum des Kindes:

Name & Geburtsdatum des Erziehungsberechtigten:

Anschrift:

Telefonnummer(n):

E-Mail-Adresse(n):

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 ☐ vor ☐ nach ☐

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 ☐

Kopfweh ☐

Gelenkschmerzen ☐

Aphten (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?

nein ☐ ja ☐

Viel Nachtrinken ☐ Steckenbleiben ☐

Globusgefühl ☐ 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?

Ultraschall des Bauchs: nein ☐ ja ☐

Ergebnis unauffällig ☐ Ergebnis auffällig ☐ wann?

Urinuntersuchung: nein ☐ ja ☐

Ergebnis unauffällig ☐ Ergebnis auffällig ☐ wann?

Wir benötigen folgende Laborwerte – diese dürfen nicht älter sein als 6 Monate:

Blutwerte: AK gg TGA IgA, AP, Bili ges., BSG, CRP, CK, Ferritin, GOT, GPT, GGT, Gesamteiweiß, grBB, IgA, IgE, IgG, Krea, LDH, LDL, Lipase, Retikulozyten, TSH, fT4

Stuhlwerte: Calprotectin, Lamblien, Pancreaselastase

Eigene Fragestellungen, Ergänzungen oder Anmerkungen:



Frage 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?

☐ Kinderkrankenhaus Wilhelmstift. Welche Abteilung?

☐ UKE. Welche Abteilung?

☐ andere Gastroenterologen. Welche?

**Bitte fügen Sie alle Berichte aus diesen Behandlungen bei, sowie die erforderlichen Laborwerte.
Ohne Laborwerte werden wir Ihnen keinen Termin zukommen lassen.**

Mit der Unterschrift und den Angaben meiner Daten stimme ich hiermit zu, dass ich auf die genutzte/angegebene E-Mail-Adresse eine unverschlüsselte Antwort von der Praxis erhalte, oder von dieser angerufen werde.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Des Weiteren erteile ich ebenso mein Einverständnis, dass die Ärzte und Mitarbeiter der Kinderarztpraxis Friesenweg ggf. zu den hier angegebenen behandelnden Kinderärzten bzw. Vorbehandlern Kontakt aufnehmen dürfen.



Termine in der Gastroenterologischen Sprechstunde mit sonographischen Untersuchungen, sowie Termine in der Pulmologischen Sprechstunde für Lungenfunktionsuntersuchungen und/oder Allergietest (Pricktests) werden verbindlich für Ihr Kind reserviert.

Für diese Untersuchungen wird zudem entsprechendes Personal eingeplant. Eine kurzfristige anderweitige Vergabe des Termins ist daher in der Regel nicht möglich.

Sollte ein vereinbarter Termin nicht wahrgenommen werden können, bitten wir um eine Absage spätestens 48 Stunden vor dem Termin. Die Absage kann telefonisch, persönlich oder über das dafür vorgesehene Kontaktformular auf unserer Website erfolgen.

Bei einer späteren Absage oder bei Nichterscheinen kann ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,00 € berechnet werden, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte und hierdurch ein entsprechender Ausfall entstanden ist.

Kann der Termin anderweitig vergeben werden, wird kein Ausfallhonorar berechnet.

Das Ausfallhonorar wird nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen und ist vom Patienten bzw. den Sorgeberechtigten selbst zu tragen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen zu haben und mit der Vereinbarung eines möglichen Ausfallhonorars einverstanden zu sein.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



Kinder und Jugendärztliche Gemeinschaftspraxis CF-Zentrum Altona (Ambulanz)

Bitte senden Sie die ausgefüllten Seite 1 -6 und die notwendigen Unterlagen an uns – nur dann können wir Ihr Anliegen bearbeiten!

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

oder Mail an: facharzt@kinderaerztefriesenweg.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:

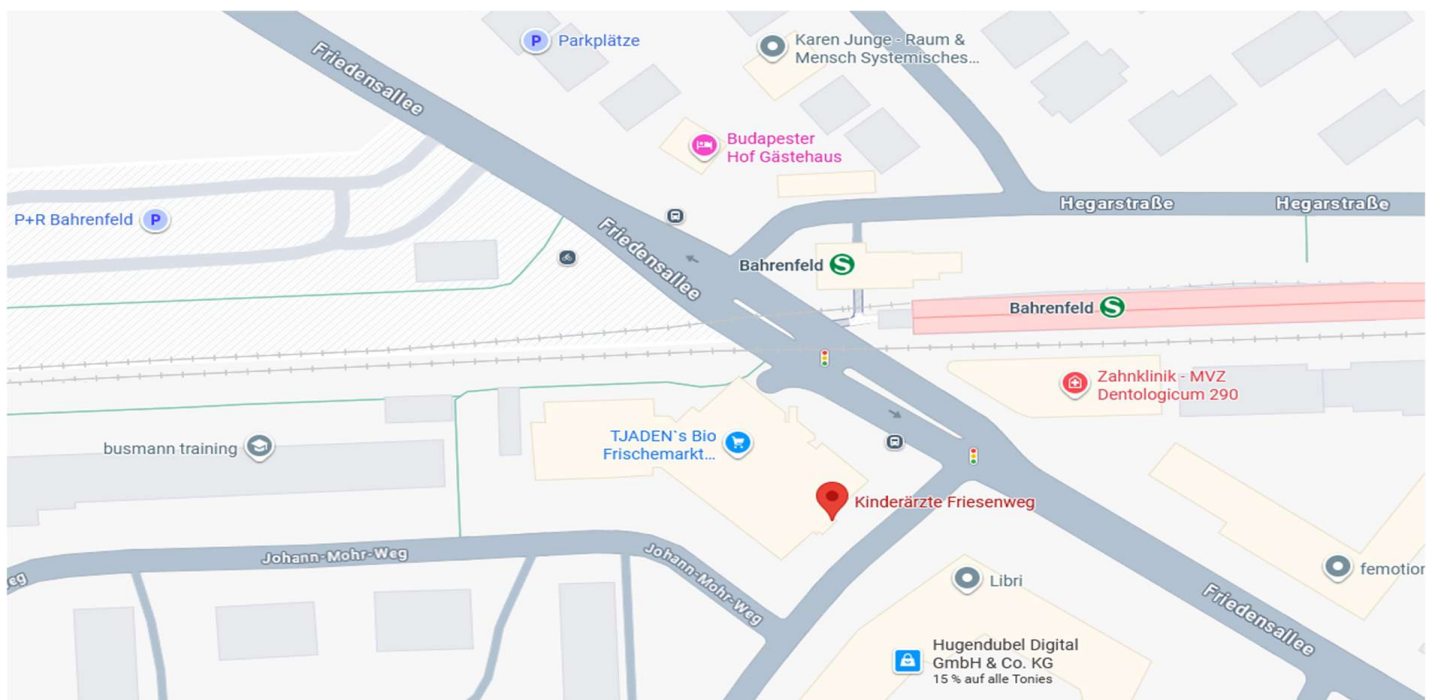
ÖPNV: S-Bahn Bahrenfeld

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