



# Kinder und Jugendärztliche Gemeinschaftspraxis CF-Zentrum Altona (Ambulanz)

Kinder- und Jugendmedizin, Päd. Pneumologie, Allergologie, Gastroenterologie, Sonographie

Dr. Christoph Runge  
Dr. Inka Held  
Dr. Sarah Müller-Stöver  
Dr. Janneke Ohlhoff

Friesenweg 2, 22763 Hamburg Tel.:040/3806476  
Fax.:040/3805352

#### Sprechstunden:

Montag, Dienstag, Donnerstag: 8.00 -12.00 und 14.00 -17.00

Mittwoch: 8.00 -13.00

Freitag: 8:00 -13:00

#### Spezialfachärztliche Sprechstunden:

Mukoviszidose Ambulanz; Pneumologie;

Asthma & Allergologie; Gastroenterologie,

Ernährungsmedizin;

Päd. Sonographie: Hüften, Schädel, Abdomen, Thorax

Dr. Runge / Dr. Held / Dr. Müller-Stöver / Dr. Ohlhoff  
Friesenweg 2, 22763 Hamburg



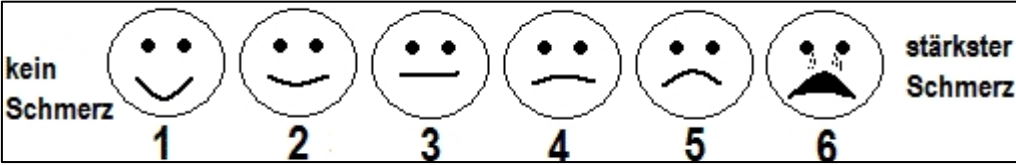
Liebe Eltern, liebe Patienten

mit diesem Fragebogen wollen wir die Beschwerden Ihres Kindes systematisch erfassen. Die Angaben werden unseren Ärzten 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. Wir möchten Sie bitten, möglichst **alle Vorbefunde** und **Arztberichte** anzuhängen sowie das „**Gelbe Heft**“ mit den **U-Untersuchungen** zur Sprechstunde mitzubringen.

**Bitte sagen Sie Ihren Termin frühzeitig ab, wenn Sie diesen nicht wahrnehmen, um Wartezeiten zu verkürzen.**

Patientendaten		
Name :	Vorname:	Geburtstag:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Gewicht: (kg)	Größe:
Name, Vorname der Erziehungsberechtigten :		
Adresse (Straße, PLZ, Ort):		
Telefon:	E-Mail:	Versicherung:
<b>Bekannte Diagnosen (ggf. Vorbefunde, Arztberichte beilegen)</b>		
<input type="checkbox"/> Überweisung durch Kinderarzt / interne „Zuweisung“		
<input type="checkbox"/> Vorstellung auf eigenen Wunsch		
<b>Anlagen:</b>		
<input type="checkbox"/> Kopie des Überweisungsscheins (wenn vorhanden)		
<input type="checkbox"/> Befund _____		
<input type="checkbox"/> Befund _____		
<input type="checkbox"/> _____		
<input type="checkbox"/> _____		

## FO Erstvorstellung in der gastroenterologischen Sprechstunde

<b>Beschwerdebild</b>
Was genau sind die Beschwerden Ihres Kindes?
Wie oft treten die o.g. Beschwerden auf?
Wann und seit wann treten die Beschwerden auf?
Können Sie die Beschwerden lokalisieren?
Kurze Beschreibung der Beschwerden (z.B. ziehende Bauchschmerzen im Nabelbereich, bis mein Kind erbricht):
Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst? (z.B. bestimmte Nahrungsmittel, Sport, emotionaler Stress, Schulstress)
Wodurch werden die Beschwerden verschlimmert? (z.B. Sport, Kälte, bestimmte Nahrungsmittel)
Wodurch werden die Beschwerden gebessert? (z.B. Stuhlgang, Windabgang, Erbrechen, Wärme, Massage)
Wie stark schätzen Sie die Beeinträchtigung Ihres Kindes ein?
Wie stark ist die Belastung für Sie? 
Durch wen erfolgte die Überweisung in unsere Praxis?

<b>Bisherige Untersuchungen</b>
<input type="checkbox"/> Körperliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Stuhluntersuchung <input type="checkbox"/> weitere
Gab es irgendwelche Auffälligkeiten? (Organisieren Sie bitte alle Vorbefunde und legen Sie diese in Kopie bei.)
Wurde ein Beschwerdetagebuch geführt?
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 wg. Epilepsie)

<b>Vorgeschichte und bisherige Entwicklung</b>	
Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?	
<input type="checkbox"/> Frühwehen <input type="checkbox"/> Blutung <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen	
Geburt in welcher Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/> Spontangeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt
Geburtsgewicht in Gramm:	Geburtslänge in cm
Gab es Probleme bei der Geburt?	
Gab es Auffälligkeiten in der bisherigen Entwicklung?	
Bisherige Erkrankungen und Operationen? (z.B. Windpocken 2007, Blinddarmentzündung und OP 2012)	

**Vorgeschichte und bisherige Entwicklung**

Bisherige Krankenhausaufenthalte? (z.B. Diagnostik bei Bauchschmerzen und Darmverschluss 2013 im AKK)

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

Hat Ihr Kind Allergien oder bekannte Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

**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)