

Sehr geehrte Eltern,

um die Beschwerden Ihres Kindes umfassend und gezielt beurteilen zu können, bitten wir Sie, den beigefügten Fragebogen vollständig auszufüllen. Die von Ihnen bereitgestellten Informationen sind essenziell, um notwendige diagnostische Maßnahmen zu priorisieren und individuell auf die Bedürfnisse Ihres Kindes abzustimmen.

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit für die Beantwortung der Fragen. Unsere Erhebung ist bewusst detailliert gestaltet, da wir eine ganzheitliche Betrachtung der Beschwerden anstreben, um nicht nur einzelne Symptome zu behandeln. Orientierungshilfen in Form von Beispielen finden Sie in den Klammern. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, lassen Sie diese bitte offen. Wir werden diese gerne beim Termin gemeinsam mit Ihnen besprechen.

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen (Seiten 2 – 8) zusammen mit vorhandenen Vorbefunden an uns zurück.

Wichtige Hinweise:

- Achten Sie bitte auf eine gut leserliche Schreibweise, damit eine reibungslose Bearbeitung gewährleistet ist.

Bitte bringen Sie zum Termin folgende Unterlagen mit:

1. Gelbes Untersuchungsheft
2. Impfpass
3. Einweisungsschein
4. Versichertenkarte

Sollten Sie den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie höflich, uns rechtzeitig darüber in Kenntnis zu setzen. Dies ermöglicht es uns, unsere Planung optimal anzupassen und den Termin gegebenenfalls einem anderen Patienten zur Verfügung zu stellen.

Erreichbarkeit:

Telefonisch erreichen Sie uns unter **0861-705-1623** zu folgenden Zeiten:

- Montag – Freitag: 8:00–12:00 und von 13:00 bis 16:00 Uhr

Falls Sie uns telefonisch nicht erreichen, schreiben Sie uns bitte eine E-Mail

an: kindertagesklinik@kliniken-sob.de

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe und Ihr Verständnis. Gemeinsam setzen wir alles daran, Ihrem Kind die bestmögliche medizinische Versorgung zu bieten.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Kindergastroenterologie

Klinikum Traunstein
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Kindergastroenterologie
Cuno-Niggel-Str. 3
83278 Traunstein

Faxnummer: 0861-705-1608

E-Mail: kindertagesklinik@kliniken-sob.de

Termin: _____

Patientendaten:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Geschlecht:	Gewicht: kg	Größe: cm
☐ männlich ☐ weiblich		

Name, Vorname der Erziehungsberechtigten:

Adresse (Straße, PLZ, Ort):

Telefon:	E-Mail:
----------	---------

- ☐ Einweisung durch Kinderarzt (bitte Kopie des Einweisungsscheins beifügen)
☐ Vorstellung auf eigenen Wunsch

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

☐ Patient ☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere:

Beschwerdebild:

Welche Beschwerden hat Ihr Kind?

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|
| ☐ Bauchschmerzen | ☐ Verstopfung | ☐ Durchfall | ☐ Übelkeit/Erbrechen |
| ☐ Gedeihstörung | ☐ Leberwertveränderung | ☐ Sonstiges: | |

Was ist, Ihrer Meinung nach, das Hauptproblem Ihres Kindes? Bitte so detailliert wie möglich beschreiben.

Seit wann hat Ihr Kind die Beschwerden?

ca. Wochen ca. Monaten ca. Jahren

Wie häufig treten die Beschwerden auf? x pro Tag x pro Woche stark wechselnd
Wie lange halten die Beschwerden an? Minuten Stunden
Treten die Beschwerden zu einer bestimmten Tageszeit auf? ☐ Nein ☐ Ja (welche?)
Wacht ihr Kind nachts von den Beschwerden auf? ☐ Nein ☐ Ja
Traten die Beschwerden erstmals nach: einem durchgemachten Magen-Darminfekt auf? ☐ Nein ☐ Ja einer Auslandsreise? ☐ Nein ☐ Ja sonstiges Ereignis? ☐ Nein ☐ Ja (welches?):
Können Sie die genaue Lokalisation der Beschwerden angeben? ☐ Um den Nabel ☐ andere:
Welche Faktoren lösen Ihrer Meinung nach die Beschwerden aus? (z. B. bestimmte Nahrungsmittel, körperliche Aktivität, emotionaler Stress, schulische Belastungen, etc.)
Welche Maßnahmen ergreifen Sie oder Ihr Kind, um die Beschwerden zu lindern?
Hat Ihr Kind aufgrund der Beschwerden Schultage versäumt? ☐ Nein ☐ Ja (wieviele?):
Wie würden Sie die Beeinträchtigung Ihres Kindes aufgrund der Beschwerden einschätzen?  1  2  3  4  5  6 Keine Beeinträchtigung sehr starke Beeinträchtigung

Wie stark schätzen Sie die Schmerzen Ihres Kindes ein?



1



2



3



4



5



6

Keine Schmerzen

stärkste vorstellbare Schmerzen

Wie hoch schätzen Sie die Belastung für sich selbst ein?



1



2



3



4



5



6

Keine Belastung

sehr große Belastung

Stuhlverhalten:

Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang?

x pro Tag/Woche

Besteht nächtlicher Stuhlgang?

☐ Nein ☐ Ja

Wie ist die Konsistenz des Stuhls?

☐ normal geformt ☐ breiig ☐ flüssig/wässrig ☐ hart ☐ wechselnd

Welche Farbe hat der Stuhl?

Beobachten Sie Schleimauflagerung oder andere Auffälligkeiten (z.B. unverdaute Nahrungsreste, Fettaugen) im Stuhl?

☐ Nein ☐ Ja (welche):

Beobachten Sie Blut im Stuhl?

☐ Nein ☐ Ja (wieviel und welche Farbe hat das Blut, z.B. hellrot? schwarz?)

Bessern sich die Beschwerden durch den Stuhlgang?

☐ Nein ☐ Ja

Treten Schmerzen vor, während oder nach dem Stuhlgang auf?

☐ Nein ☐ Ja

Kommt es vor, dass Stuhl in die Unterhose gelangt?

☐ Nein ☐ Ja

Fällt es Ihrem Kind selbst auf?

☐ Nein ☐ Ja

Handelt es sich dabei um ☐ Stuhlschmierer oder ☐ richtige „Wurst“?

Bei jugendlichen Mädchen:

Wann setzte die erste Regelblutung (Menarche) ein?

mit ca. Jahren

Wie stark ist die Regelblutung und wie lange dauert diese an?

Liegen Beschwerden während der Regelblutung vor?

☐ Nein ☐ Ja (welche?):

Ernährung:

Vermuten Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel als Auslöser der Beschwerden?

☐ Nein ☐ Ja (welches?):

Haben Sie bereits eine Diät ausprobiert, und wenn ja, war diese erfolgreich?

☐ Nein ☐ Ja (welche?):

Sind bei Ihrem Kind bereits bekannte Nahrungsmittelallergien oder -unverträglichkeiten diagnostiziert worden?

☐ Nein ☐ Ja (welche?):

In welchen Mengen konsumiert Ihr Kind regelmäßig die folgenden Nahrungsmittel?

- ☐ Milch:
- ☐ Milchprodukte (welche):
- ☐ Obst (bitte Sorte angeben):
- ☐ Süßigkeiten:
- ☐ Säfte/Limonaden (bitte Art angeben):

Wie würden Sie den Appetit Ihres Kindes einschätzen?

☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ wechselnd

Wieviel trinkt Ihr Kind täglich und was trinkt Ihr Kind?
Bisherige Untersuchungen:
Wurden bei Ihrem Kind bereits Untersuchungen durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja und zwar folgende: ☐ Stuhluntersuchungen ☐ Ultraschall ☐ Blutuntersuchungen ☐ Urinuntersuchungen ☐ Sonstiges: → bitte die jeweiligen Vorbefunde, Arztberichte beilegen
Wie viele Ärzte oder Therapeuten haben Sie bereits aufgrund der Beschwerden Ihres Kindes aufgesucht?
Vorgeschichte und bisherige Entwicklung:
In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?
Geben Sie bitte das Geburtsgewicht und die Geburtslänge an:
Gab es während der Schwangerschaft oder der Geburt Komplikationen oder Auffälligkeiten? ☐ Nein ☐ Ja (welche):
Gab es bisherige Krankenhausaufenthalte Ihres Kindes? ☐ Nein ☐ Ja (aus welchem Grund und wie lange?)
Sind bei Ihrem Kind chronische Erkrankungen bekannt? ☐ Nein ☐ Ja (welche?):
Befindet sich Ihr Kind in regelmäßiger Behandlung bei einem Facharzt? ☐ Nein ☐ Ja (seit wann und aus welchem Grund?):
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja (welche?):
Liegen bei Ihrem Kind Allergien vor? ☐ Nein ☐ Ja (welche?):

Familiengeschichte:

Liegen bei den Eltern des Kindes Erkrankungen oder Allergien vor? Bitte geben Sie diese, wenn möglich, mit Diagnosen und relevanten Behandlungen an (z. B. Mutter: Schilddrüsenunterfunktion, Behandlung mit L-Thyroxin; Vater: Heuschnupfen).

Hat Ihr Kind Geschwister? Bitte geben Sie Geschlecht, Alter und eventuelle Erkrankungen an (z. B. Bruder, 9 Jahre, Asthma seit 2 Jahren).

Gibt es in Ihrer Familie oder bei nahen Verwandten bekannte chronische Erkrankungen, insbesondere des Verdauungstrakts (z.B. chronisch entzündliche Darmerkrankung, Zöliakie)?

☐ Nein ☐ Ja ☐ bei wem?

Allergische Erkrankungen?

☐ Nein ☐ Ja ☐ bei wem?

Soziales Umfeld:

Bei wem liegt das Sorgerecht für das Kind?

☐ beiden Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Vormund

Leben die Eltern getrennt?

☐ Nein ☐ Ja

Welche Schuleinrichtung besucht ihr Kind?

Wie gut kommt Ihr Kind dort zurecht? (z.B. geht gerne zur Schule, Freunde, Lehrer, etc.?)

Hat Ihr Kind in letzter Zeit psychisch belastende Ereignisse erlebt? Bitte nennen Sie gegebenenfalls Beispiele wie Schulwechsel, Scheidung, Krankheit oder Todesfälle.

Halten Sie psychologische Faktoren für mögliche Auslöser der Schmerzen Ihres Kindes?

☐ Nein ☐ Ja (welche?):

Hier haben Sie die Möglichkeit, den verbleibenden Platz für zusätzliche Informationen oder Anmerkungen zu nutzen, die Ihnen wichtig erscheinen.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Unterstützung ist für uns von großem Wert! ❤️❤️❤️