KLINIKUM NÜRNBERG

AMBULANZ FÜR KINDERGASTROENTEROLOGIE - PATIENTENVORAUFNAHME

Sehr geehrte Eltern,
um den Ambulanzbesuch Ihres Kindes optimal vorzubereiten, notwendige Diagnostik zu planen und zeitnah einen passenden Termin zu finden, benötigen wir vorab präzise Informationen. Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus.

- Rücksendung per E-Mail an: kindergastro@klinikum-nuernberg.de
- Anlagen: Bitte senden Sie relevante Vorbefunde (Laborberichte, Stuhluntersuchungen, Ultraschallbefunde etc.) unbedingt mit.
- Mitzubringen zum Termin: Eine quartalsaktuelle Überweisung eines Kinderarztes (Überweisungen von Haus- oder Allgemeinärzten sind vertragsrechtlich leider ungültig).

1. STAMMDATEN & PATIENTENDATEN

Datum der Ausfüllung: _____

Nachname Kind: _____ Vorname Kind: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: [ ]M [ ]W [ ]D

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____

Name des Kinderarztes:

_____

Bereits gestellte Diagnosen / chronische Erkrankungen:

_____

_____

2. ALLGEMEINE SYMPTOME & ANAMNESE

Welche Beschwerden hat Ihr Kind hauptsächlich?

_____

Wo genau sind die Beschwerden meist lokalisiert?

_____

Wie oft treten sie auf / wie lange bestehen sie schon?

_____

Alltagseinschränkung? [ ] Nein [ ] Ja, durch:_____

Nächtliches Erwachen wegen Beschwerden? [ ] Nein [ ] Ja

Gewichtsverlust? [ ] Nein [ ] Ja, ca. _____ kg in _____ Monaten

Magen-Darm-Erkrankungen i. d. Familie? [ ] Nein [ ] Ja

Vermutete Auslöser (z.B. bestimmte Nahrungsmittel, psychischer Stress, Situationen):

_____

_____

Bisherige lindernde Maßnahmen oder wirksame Medikamente/Therapien in der Vergangenheit:

_____

_____

Bekannte Allergien, Unverträglichkeiten oder Symptome außerhalb des Magen-Darm-Trakts:

_____

_____

3. SPEZIFISCHE BESCHWERDEN: BAUCHSCHMERZEN

Genaue Lokalisation: [ ] Um den Bauchnabel [ ] Oberbauch [ ] Unterbauch [ ] Links [ ] Mittig [ ] Rechts

Schmerzstärke im Verlauf (Bitte ankreuzen):

0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Kein Schmerz										**Maximal**
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)

Dauer der typischen Schmerzepisoden (z. B. minutenlang, dauerhaft, kolikartig): _____

4. SPEZIFISCHE BESCHWERDEN: STUHLGANG

Häufigkeit (pro Tag oder Woche): _____

Schmerzen/Probleme beim Stuhlgang? [ ] Nein [ ] Ja

Stuhlschmieren / Einkoten? [ ] Nein [ ] Ja

Sichtbares Blut im Stuhl? [ ] Nein [ ] Ja

Vorherrschende Konsistenz: [ ] Hart / Knollig [ ] Normal geformt [ ] Weich [ ] Wässrig / Durchfall

5. REGELMÄßIGE MEDIKATION

[ ] Mein Kind nimmt aktuell keine regelmäßigen Medikamente ein.

Medikamentenname / Präparat	Dosierung & Häufigkeit (z. B. morgens 1 Tabl.)
1.	
2.	
3.	

6. BEREITS DURCHGEFÜHRTE VORUNTERSUCHUNGEN (BEFUNDE BITTE UNBEDINGT BEILEGEN)

[ ] Blutentnahme [ ] Stuhluntersuchung [ ] Ultraschall (Sonographie) [ ] MRT [ ] Endoskopie

[ ] Sonstiges: _____

Herzlichen Dank für Ihre wichtige Mithilfe! Ihr Team der Kindergastroenterologie.