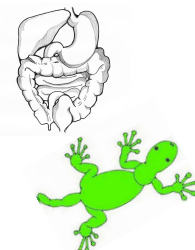


Universitätsklinikum Leipzig AÖR  
Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche  
Kindergastroenterologie und -hepatologie  
**z.Hd. Frau Rolle**  
Liebigstraße 20A (Haus 6)  
04103 Leipzig

**Universitätsklinikum Leipzig AÖR**  
**Department für Frauen- und Kindermedizin**  
**Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche**  
Klinikdirektor Prof. Dr. med. Wieland Kiess  
**Pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung**  
Bereichsleiter OA Dr. med. Gunter Flemming  
Leitstelle (0341) 97 26242  
Gastrofax (0341) 97 26279  
**Telefonsprechstunde**  
Dienstag 8<sup>30</sup>-9<sup>30</sup> Freitag 8<sup>00</sup>-9<sup>00</sup>  
Telefon (0341) 97 26122



## Erstvorstellung in der kindergastroenterologischen Sprechstunde

Liebe Eltern,

mit diesem Fragebogen wollen wir die Beschwerden Ihres Kindes systematisch erfassen. Die Angaben werden unseren ÄrztInnen 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 eine Problem betrachten“. Die Beispiele in den Klammern dienen als Hilfestellung. Wir bitten Sie alle Felder auszufüllen. Notieren Sie bitte auch Dinge, die Ihnen persönlich aufgefallen sind, die Sie aber vielleicht schlecht einordnen können.

Wir möchten Sie bitten, möglichst **alle Vorbefunde** und **Arztberichte** anzuhängen sowie das „**Gelbe Heft**“ mit den **U-Untersuchungen** zur Sprechstunde mitzubringen. Vergessen Sie bitte nicht, ihre **Adresse für die Rückantwort** auf der letzten Seite, dem Antwortschreiben an Sie, anzugeben.

**Name, Vorname, Geschlecht, Alter des Kindes**

**Beschwerdebild**

Was genau ist das Problem Ihres Kindes?

---

---

---

---

---

Seit wann besteht das Problem?

---

Wie oft treten die o.g. Beschwerden auf?

---

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)

---

---



Bisherige Erkrankungen und Operationen? (z.B. Windpocken 2007, Blinddarmentzündung und OP 2012)

---

---

---

Bisherige Krankenhausaufenthalte? (z.B. Diagnostik bei Bauchschmerzen und Durchfall 2013 im Krankenhaus Musterstadt)

---

---

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

---

---

Hat Ihr Kind Allergien oder 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)

---

---

*Bitte legen Sie **alle Vorbefunde und Arztberichte** diesem Schreiben bei. Herzlichen Dank!*

### **Ausschließlich vom Gastroteam auszufüllen**

Kenntnisnahme (TT.MM.JJ)

durch Dr.

Rückantwort (TT.MM.JJ)

Empfohlenes Prozedere

- Diagnostik über hausärztliche Praxis einleiten
- Vorstellung Gastroenterologie zum nächstmöglichen regulären Termin
- Vorstellung Gastroenterologie zeitnah erforderlich
- Stationäre Diagnostik



 Ihre Adresse für die Rückantwort

---

---

---

---

---

**Universitätsklinikum Leipzig AÖR**  
**Department für Frauen- und Kindermedizin**  
**Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche**  
Klinikdirektor Prof. Dr. med. Wieland Kiess

**Pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung**

Bereichsleiter OA Dr. med. Gunter Flemming  
Leitstelle (0341) 97 26242  
Gastrofax (0341) 97 26279

**Telefonsprechstunde**

Dienstag 8<sup>30</sup>-9<sup>30</sup> Freitag 8<sup>00</sup>-9<sup>00</sup>  
Telefon (0341) 97 26122



## Antwortschreiben

Liebe Eltern,

wir haben Ihr Schreiben dankend am \_\_\_\_\_ erhalten und würden nun wie folgt Stellung nehmen:

Unter Kenntnisnahme und Bewertung der gemachten Angaben ist eine Vorstellung Ihres Kindes in der kindergastroenterologischen Spezialsprechstunde

**zeitnah** erforderlich. Bitte kontaktieren Sie Dr. \_\_\_\_\_ über die o.g. Telefonsprechstunde.

Die Terminvereinbarung erfolgt direkt und ausschließlich mit dem Arzt.

zum **nächstmöglichen regulären Termin** erforderlich.

Wir empfehlen zur Überbrückung der Wartezeit folgende Maßnahmen:

---

---

---

---

---

---

Die o.g. Maßnahmen können Sie selbstständig durchführen oder einleiten. Bei der Organisation von Diagnostik im Vorfeld des Sprechstundentermins ist Ihnen die kinderärztliche Praxis gern behilflich.

---

---

---

---

---

---

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Gastroteam der Univ.-Kinderklinik Leipzig

