

Universitätsklinikum Leipzig AöR
Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche
Kindergastroenterologie und -hepatologie
Liebigstraße 20A (Haus 6)
04103 Leipzig

**Department für Frauen- und Kindermedizin
Klinik und Poliklinik für Kinder und
Jugendliche**

Direktor: Prof. Dr. med. R. Pfäffle
(kommissarisch)

**Pädiatrische Gastroenterologie,
Hepatologie und Ernährung**

Bereichsleiter: OA Dr. med. Gunter Flemming
Leitstelle: (0341) 97 26242
Gastro-Fax: (0341) 97 26279

Telefonsprechstunde

Dienstag 8³⁰-9³⁰ Freitag 8⁰⁰-9⁰⁰
Telefon (Sprechstunde): (0341) 97 26122
Telefon (Terminvergabe): (0341) 97 26111

Erstvorstellung in der gastroenterologischen Sprechstunde

Liebe Eltern,

mit diesem Fragebogen wollen wir die Beschwerden Ihres Kindes systematisch erfassen. Die Angaben werden unseren Ärzt*innen 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“. 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. Vergessen Sie bitte nicht, ihre **Adresse und Telefonnummer für die Rückantwort** auf der letzten Seite, dem Antwortschreiben an Sie, anzugeben.

Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum des Kindes

Aktuelle Anamnese:

Bauchschmerzen: keine

JA:

- *Frequenz:* täglich; __ in der Woche; __ im Monat;
- *Lokalisation:* um Bauchnabel herum; Oberbauch (oberhalb des Bauchnabels);
 Unterbauch links; Unterbauch rechts;
- *Nahrungsabhängigkeit:* ja; nein

Stuhlgang:

Wie oft: täglich; __ am Tag; __ in der Woche; sonstiges: _____

Wie oft nachts: _____

Konsistenz: flüssig; breiig; geformt; sehr fest

Blut u/o Schleim im Stuhl: nein; ja, in _____% der Stühle)

Schmerzen bei Stuhlgang: nein; ja

Erbrechen:

keine

JA:

- Wie oft (Tag und Nacht): _____
- Auslöser: _____
- Aussehen: blutig; gallig; Nahrungsreste; sonst. _____

Einschränkungen im Alltag: nein; ja, durch _____

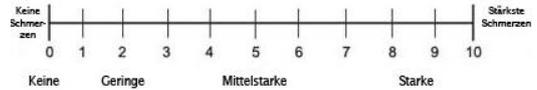
Körperliche Belastbarkeit: uneingeschränkt; eingeschränkt: durch _____

Soziale Situation: Welche Einrichtung besucht Ihr Kind? (z.B. Grundschule, 3. Klasse)

Gab es psychisch belastende Ereignisse für das Kind in der letzten Zeit?
(z.B. Schulwechsel, stressige Situationen, Mobbing, Scheidung, Krankheit, Tod)

Sind Fehltag aufgrund der Beschwerden aufgetreten, wenn ja wie viele?

Wie stark schätzen Sie die Beeinträchtigung Ihres Kindes ein?



Bisherige Untersuchungen Körperliche Untersuchung Blutuntersuchung Ultraschall Stuhluntersuchung

Gab es irgendwelche Auffälligkeiten? (Organisieren Sie bitte **alle Vorbefunde** und legen Sie diese in Kopie bei.)

Wurde ein Beschwerdetagebuch geführt? (Bitte legen Sie dieses ggf. bei)

Eigenanamnese:

Bisherige Entwicklung: altersgerecht; Besonderheiten: _____

Bekannte Allergien: keine ; ja , folgende: _____

Dauermedikation: keine ; ja , folgende: _____

Familienanamnese:

Bekannte (gastroenterologische) Erkrankungen in der Familie (z.B. chron. Entzündliche Darmerkrankungen, Zöliakie, Reizdarm, genetische gastroenterologische Erkrankungen, Diabetes mellitus): nein; ja, (wer und was): _____

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

**Department für Frauen- und Kindermedizin
Klinik und Poliklinik für Kinder und
Jugendliche**

Direktor: Prof. Dr. med. R. Pfäffle
(kommissarisch)

**Pädiatrische Gastroenterologie,
Hepatologie und Ernährung**

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

Telefonprechstunde

Dienstag 8³⁰-9³⁰ Freitag 8⁰⁰-9⁰⁰
Telefon: (0341) 97 26122

 **Ihre Adresse und Telefonnummer für die Rückantwort**

Adresse: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

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 gastroenterologisch-hepatologischen Spezialsprechstunde

zeitnah erforderlich. Bitte kontaktieren Sie Dr. _____ über die o.g. Telefonprechstunde.

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 selbständig durchführen oder einleiten. Bei der Organisation von Diagnostik im Vorfeld des Sprechstundentermins ist Ihnen die kinderärztliche Praxis gern behilflich.

weitere **Empfehlungen** bis zur Vorstellung:

Empfohlene Basis-Diagnostik über Hausarzt:

Blutuntersuchung:

- gr. BB, BSG, CrP
- metabolisches Panel (Elektrolyte, Glukose, Krea, Harnstoff, ALAT, GGT, Bilirubin, Lipase)
- Zöliakie-Serologie (Gesamt-IgA, Transglutaminase-IgA)
- TSH (insbesondere bei V.a. Obstipation)
- sonstige Blutwerte: _____

Stuhl:

- Hämocult,
- Calprotectin

Urin:

- Stix (inkl. Protein)

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Gastroteam