

Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährungsmedizin
 Pädiatrische Pneumologie und Allergologie
 Kinder- und Jugendgynäkologie
 Neonatologie



Dr. med. Wolfgang Landendorfer
 Dr. med. Sonja Pirner
 Dr. med. Marcia Mirgel
 Dr. med. Isabel Wormit-Frenzel
 Dr. med. Sarah Merkel
 Dr. med. Marlon Kain

Ostendstr.229-231
 90482 Nürnberg

Tel. 0911 541626

Fax 0911 8156950

Mail: gastro@dr-landendoerfer.de

Liebe Eltern,

mit diesem Fragebogen wollen wir die Beschwerden Ihres Kindes systematisch erfassen. Die Angaben werden uns bei der Frage helfen, welche diagnostischen Maßnahmen 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 relevante **Arztberichte** anzuhängen sowie das „**Gelbe Heft**“ mit den **U-Untersuchungen** zur Sprechstunde mitzubringen.

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
Bekannte Diagnosen (ggf. Vorbefunde, Arztberichte beilegen)		
<input type="checkbox"/> Überweisung durch Kinderarzt beifügen (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Vorstellung auf eigenen Wunsch Name Kinderarzt/Hausarzt: _____		
Anlagen:		
<input type="checkbox"/> Kopie des Überweisungsscheins (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Befund _____ <input type="checkbox"/> Befund _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		

Name des Patienten: _____

Bisherige Untersuchungen	
<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 bisher ein Beschwerdetagebuch geführt? (zB Ernährungsprotokoll, Bauchschmerzprotokoll)	
Bei welchen Ärzten/Therapeuten waren Sie wegen dieser Beschwerden?	
Ist Ihr Kind in regelmäßiger Behandlung bei einem anderen Facharzt? (z.B. seit 1 Jahr beim Pneumologen wg. Asthma)	

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

Name des Patienten: _____

Vorgeschichte und bisherige Entwicklung
Bisherige Krankenhausaufenthalte? (z.B. Diagnostik bei Bauchschmerzen 2013 in Krankenhaus xxxx)
Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen? (z.B. Asthma seit 2008, Neurodermitis)
Hat Ihr Kind Allergien oder bekannte Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Familiengeschichte
Haben die Kindeseltern Erkrankungen/Allergien? (z.B. Mutter: Schilddrüsenunterfunktion, Vater: Heuschnupfen)
Geschwister des Kindes, Geschlecht, Alter, evtl. Erkrankungen? (z.B. Bruder, 9 Jahre, Epilepsie)
Gibt es Familienangehörige mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, Nahrungsmittelallergien oder Zöliakie?

Soziales Umfeld
Welche Einrichtung besucht Ihr Kind? (z.B. Grundschule, 3. Klasse)
Wie kommt Ihr Kind dort zurecht? (z.B. Notendurchschnitt 3,0, geht gerne in Schule, hat Freunde)
Gab es psychisch belastende Ereignisse für das Kind in der letzten Zeit? (z.B. Umzug, Schulwechsel, Scheidung, Tod, Krankheit)