

Sehr geehrte Eltern,

mit diesem Fragebogen wollen wir die Beschwerden Ihres Kindes systematisch erfassen. Die Angaben werden unseren Ärzten 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.

**Name, Vorname, 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)

---

---

---

Wodurch werden die Beschwerden verschlimmert? (z.B. Sport, Kälte, bestimmte Nahrungsmittel)

---

---

---

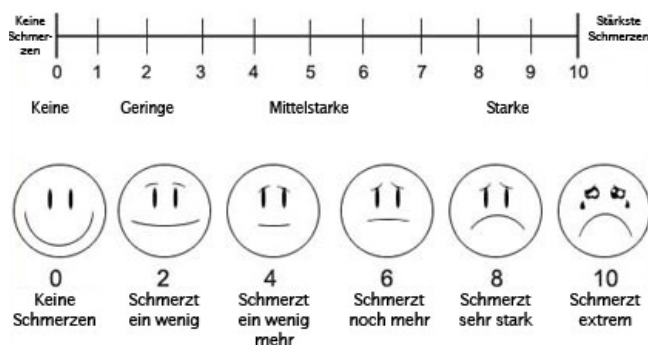
Wodurch werden die Beschwerden gebessert? (z.B. Stuhlgang, Windabgang, Erbrechen, Wärme, Massage)

---

---

---

Wie stark schätzen Sie die Beeinträchtigung Ihres Kindes ein?



Wie stark ist die Belastung für Sie?

---

---

---

Durch wen erfolgte die Überweisung an unsere Ambulanz?

---

### 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?

---

Bei wie vielen Ärzten/Therapeuten waren Sie wegen der Beschwerden?

---

Ist Ihr Kind in regelmäßiger Behandlung bei einem anderen Facharzt? (z.B. seit 1 Jahr beim Neurologen wg. Epilepsie)

---

---

---



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 eines nahen Angehörigen)

---

---

---

*Bitte legen Sie **alle Vorbefunde und Arztberichte** diesem Schreiben bei.  
Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen zur Beantwortung der Fragen!*

*Dr. med. Norman Händel*