



Fragebogen Erstvorstellung allgemein

Patient:  
Geb.-Datum:

Länge: cm  
Gewicht: kg

Datum:

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, diesen Fragebogen auszufüllen. Die Informationen, die Sie hier bereitstellen, sind für die Verlaufskontrolle und die optimale Betreuung Ihres Kindes mit Zöliakie von großer Bedeutung. Bitte füllen Sie den Fragebogen so genau wie möglich aus. Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Mein Kind leidet unter

- Chron. entzündl. Darmerkrankung (M. Crohn, C. ulcerosa, CEDu) -> bitte auch zusätzl. Fragebogen ausfüllen\*
 Zöliakie / V.a. Zöliakie -> bitte auch zusätzl. Fragebogen ausfüllen\*
 Bauchschmerzen unkl. Genese -> bitte auch zusätzl. Fragebogen ausfüllen\*
 Stuhlentleerungsproblematik / Verstopfung -> bitte auch zusätzl. Fragebogen ausfüllen\*
 Gedeihstörung / Gewichtsabnahme -> bitte auch zusätzl. Fragebogen ausfüllen\*
 Lebererkrankung:
 Pankreaserkrankung:
 sonstiges:

\* zu finden auf unserer Homepage www.kim-gastro.de

Mein Kind führt aktuell eine Nahrungseinschränkung / Diät durch:

- Laktosearm  Fruktosearm  glutenfrei  kuhmilchfrei
 sonstige:
 keine

Mein Kind hat Allergien

- ja:  nein

Mein Kind nimmt folgende Medikamente regelmäßig:

Table with 3 columns: Name Medikament (z.B. Omeprazol), Menge (z.B. mg, µg, IE), Morgens - mittags - abends (z.B. 1 - 0 - 0). The table contains 6 empty rows for data entry.

In der Familie gibt es folgende chronische Erkrankungen

- CED  Zöliakie  Reizdarm  Verstopfung  Asthma/Neurodermitis/Heuschnupfen
 Sonstiges:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zum Termin mit oder senden Sie ihn vorab per E-Mail zurück. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.