



Verlaufskontrolle Zöliakie

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.

Medizinische Informationen:

- Wie ist die allgemeine Gesundheit Ihres Kindes derzeit?
(Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1-10, wobei 1 sehr schlecht und 10 sehr gut bedeutet)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Hat ihr Kind in der Zwischenzeit seit der letzten Verlaufskontrolle Symptome gehabt?
ja und zwar:
 Bauchschmerzen Müdigkeit/Schläppheit mangelnde Gewichtszunahme
 Durchfall Verstopfung Sonstige _____
 Nein, es besteht Beschwerdefreiheit
- Bestehen mit der Zöliakie assoziierte Autoimmunerkrankungen?
(Mehrfachnennung, bitte ggfs. Angabe der betreuenden Ärzte/innen)
 Hashimoto-Thyreoiditis (Schilddrüse) _____
 Diabetes mellitus _____
 Autoimmunhepatitis (Leber) _____
 Sonstige _____
 Keine
- Erfolgen regelmäßige zahnärztliche Kontrollen zur Erkennung von Schmelzdefekten?
 Ja Nein
- Werden Medikamente, Vitamine oder Spurenelemente eingenommen?

Name Medikament (z.B. Vitamin D)	Menge (z.B. mg, µg, IE)	Morgens - mittags - abends z.B. 1 - 0 - 0

Ernährung:

6. Gab es seit der letzten Kontrolle Probleme mit der glutenfreien Ernährung?
ja und zwar Keine Diät aktuell
- Es bestehen öfter Schwierigkeiten mit der Umsetzung im Alltag
 - Kind/Jugendliche hält sich selbst nicht daran (z.B. in der Schule, bei Freunden)
 - Sonstige (bitte angeben): _____
- Nein, die strikte Diät kann ohne bewusste Fehler durchgeführt werden
7. Falls ihr Kind zuletzt (*unbeabsichtigt oder absichtlich*) Gluten erhalten hat, hat es Symptome gegeben?
- ja und zwar _____
- nein
8. Wird glutenfreier Hafer konsumiert?
- Ja, und er wird vertragen
 - Ja, aber die Verträglichkeit ist fraglich
 - Nein, auch glutenfreier Hafer wird strikt gemieden
9. Wie gut fühlen Sie sich bezüglich der glutenfreien Diät informiert?
- Gut / sehr gut – wir kommen gut zurecht
 - Mäßig – wir haben oft Fragen
 - Schlecht – wir benötigen Unterstützung
10. Sind Sie DZG-Mitglied (dt. Zöliakie Gesellschaft)?
- Ja
 - Nein

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

Vom Personal auszufüllen

Weiteres Vorgehen / Gespräch: