

Universitätsklinikum Essen
Klinik für Kinder-und Jugendmedizin
Klinik für Kinderheilkunde 2
Tel.Nr.: 0201 723 2812

Datum:

Liebe Eltern!

Um Ihr Kind so gut wie möglich betreuen zu können, benötigen wir Ihre Mithilfe. Eine Erkrankung kann nicht nur körperliche Ursachen haben, sondern kann auch andere Aspekte berühren. Uns ist es für eine umfassende Betreuung deshalb wichtig, etwas mehr über Ihr Kind, seine Entwicklung und sein Umfeld zu erfahren. Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten und den ausgefüllten Bogen beim ersten Gesprächstermin in unserer Ambulanz mitzubringen. Auch die Fragen, die nicht direkt mit dem Problem ihres Kindes zu tun haben und Ihnen deshalb unwichtig erscheinen können, helfen uns die Situation Ihres Kindes besser beurteilen zu können. Falls Sie Fragen nicht beantworten wollen, lassen Sie das Feld einfach offen. Wir stehen Ihnen gerne bei Problemen zur Seite und helfen Ihnen beim Ausfüllen der Fragebögen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Das Team der nephrologischen Ambulanz der Universitätskinderklinik

Bitte bringen Sie Befunde von Voruntersuchungen mit!

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Wer hat Ihnen die Vorstellung in unserer Ambulanz empfohlen?

Welchen Vorstellungsgrund hat der überweisende Arzt?

Welche Erwartungen haben Sie an unsere Behandlung?

Beschreiben Sie bitte das Problem Ihres Kindes!

Vorgeschichte des Kindes:

Verlauf der Schwangerschaft: Gab es besondere Ereignisse? _____

Geburt:

Bitte Angaben zu Komplikationen!

Geburtsgewicht: _____

Größe: _____

Entwicklung des Kindes:

Gab es Besonderheiten?

In der Säuglingszeit?

Im Kleinkindalter

Gab oder gibt es gesundheitliche Probleme, die Ihr Kind in seiner Entwicklung behindert haben?

Welche besonderen Fähigkeiten hat Ihr Kind?

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion?

Wenn ja, wie viele und seit wann? _____

Mit Fieber? ja nein

Stuhlgang:

Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang am Tag? _____

Neigt es zu Verstopfung? ja nein

Einkoten: Wenn ja, seit wann? _____ wie oft? _____

Bisherige Untersuchungen oder Behandlungen:

| Institution z.B.: welches Krankenhaus, Urologe, Ergotherapie | Zeitpunkt | Untersuchungen/Behandlungen | Wie bewerten Sie den Erfolg der Behandlung? |
|---|-----------|-----------------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Verhalten

Gibt es Bereiche im Verhalten Ihres Kindes, die Ihnen Sorgen machen?

Gab/gibt es Auffälligkeiten im Kindergarten?

Wenn ja, welche _____

Wie kommt das Kind mit anderen Gleichaltrigen zurecht? _____

Haben Sie Probleme mit der Erziehung Ihres Kindes?

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme? Ja nein

Umgang mit dem Einnässen

Was glauben Sie, ist die Ursache für das Einnässen?

Aus Sicht des Vaters: _____

Aus Sicht der Mutter: _____

Aus Sicht des Kindes: _____

Falls Ihr Kind schon mal trocken war. Gab oder gibt es Ereignisse, die im Zusammenhang mit dem Beginn des Einnässens stehen? Wenn ja, welche?

Wie hoch ist der Leidensdruck?

Beim Vater? sehr wenig gar nicht

Bei der Mutter? sehr wenig gar nicht

Beim Kind? sehr wenig gar nicht

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit? ja nein

Tritt das Einnässen mit Stress und Belastungssituationen häufiger auf? ja nein

Welche? _____

Reaktion auf das Einnässen:

Des Vaters: _____

Der Mutter: _____

Des Kindes: _____

Zieht sich Ihr Kind von Aktivitäten
(z.B.: Übernachtungen bei Freunden) mit Gleichaltrigen zurück? ja nein

Fragen zur Familie:

Gesetzlicher Vertreter des Kindes: Eltern Mutter Vater _____

Kind lebt bei den Eltern bei der Mutter bei dem Vater

Pflegeeltern Adoptiveltern

Bei _____

Eltern:

Name des Vaters: _____ Geburtsdatum: _____

Berufsausbildung: _____ derzeitige Tätigkeit: _____

Name der Mutter: _____ Geburtsdatum: _____

Berufsausbildung: _____ derzeitige Tätigkeit: _____

Die Eltern des Kindes:

sind verheiratet leben zusammen leben getrennt sind geschieden, seit: _____

Geschwister:

| Vorname | Geburtsdatum | Kiga/Schule/Berufsaus. | Lebt bei: |
|---------|--------------|------------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Probleme bei den Geschwistern (z.B.: Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten oder Verhaltensprobleme)?

Wie kommen die Geschwister miteinander aus?

Erkrankungen/Probleme in der Familie der Mutter:

Erkrankungen/Probleme in der Familie des Vaters:

Wohnsituation:

Zufriedenheit mit der Wohnsituation

zufrieden wenig zufrieden unzufrieden

Bitte beschreiben Sie Ihre Wohnsituation (z.B.: Eigenheim, Mietshaus, Kind hat ein eigenes Zimmer)

Leben in Ihrem Haushalt weitere Personen?

wenn ja, welche _____

Umzüge seit Geburt des Kindes, wenn ja, wie viele und in welchem Alter des Kindes?

Gibt es zur Zeit schwere Belastungen in Ihrer Familie (z.B.: Scheidung, Tod, Krankheit)?

Wenn ja, welche _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____