



Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ambulanz:

Vorstellungsdatum:

Einverständniserklärung:  ja  nein      Geburtsdatum Kind:

Geschlecht:  männlich  weiblich      Postleitzahl (PLZ):

Geburtsdatum Mutter:  Größe: ,  cm      Größe: ,  cm  
(Mutter) (Vater)

**Diagnose**

Morbus Crohn       Colitis ulcerosa       Colitis indeterminata

**Anamnese**

Gewicht: ,  kg      Größe: ,  cm (bei Diagnosestellung, sofern vorhanden)

Auftreten erster Symptome:  /  (Monat / Jahr)

**Symptomatik bis zur Diagnosestellung:**

- sichtbares Blut im Stuhl
- Durchfall
- Bauchschmerzen
- Gewichtsstillstand/-verlust
- Wachstumsstörung
- Fieber
- andere: \_\_\_\_\_
- Anämie
- Leistungsknick
- Perianalfistel
- sonstige Fistel
- Perianale Läsion
- Appetitlosigkeit

**Extraintestinale Symptome:**

keine

- Auge
- Fieber > 38,5°C > 3 Tage
- Haut
- Leber/Gallenwege/Pankreas, insbesondere
- Gelenk: Entzündung
- Wirbelsäule
- andere: \_\_\_\_\_
- PSC
- Gelenke: Schmerzen

Datum der Diagnosestellung:  /  (Monat / Jahr)

Diagnosestellung durch:  Kindergastroenterologe       Internist / Allgemeinmediziner  
 anderer Kinderarzt       Kinderchirurg / Chirurg  
 Gastroenterologe, Erwachsene

Diagnosestellung in:  eigener Klinik       anderer Klinik  
 Praxis

Anzahl leiblicher Geschwister:      Schwestern:       Brüder:       Zwillingsgeschwister?

CED in der Familie:  nein  
 (nur leibliche!)

	Mutter	Vater	Geschwister	2. Grades
Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüll-Datum:

**Unterschrift:**