



Fragebogen

1. Patientendaten

Vorname:.....
 Nachname:
 Geburtsdatum:.....
 Versicherungsnummer:.....
 Geschlecht: männlich weiblich
 Herkunft:

2. Klinischer Verlauf

Alkoholkonsum: Ja/ Nein
 Wenn ja, wie viel: (g/Tag):.....
 seit wann? (Jahre):.....

Richtlinie zur Umrechnung:

1 dl Bier (4.5 vol. %) = ~3.5 g Alkohol
 1 dl Wein (12.5 vol. %) = ~10 g Alkohol
 1 dl Spirituosen (50 vol. %) = ~40 g Alkohol

Hat die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert? Ja / Nein / Unbekannt

Wenn ja: Welcher Monat?.....
 Wie viel? (g/Tag):.....
 Seit wann? (Jahre):.....

Rauchen: Ja/ Nein
 Wenn ja: Wie viel? (Zigaretten/Tag):.....
 Seit wann? (Jahre):.....

Passivrauchen: Ja / Nein / Unbekannt
 (Passivrauchen ist die Inhalation von Tabakrauch aus der Raumluft.)
 Wenn ja: Wie viel? (Zigaretten/Tag):.....
 Seit wann? (Jahre):.....

Rückstandsrauchen: Ja / Nein / Unbekannt
 (Rückstandsrauchen ist die Bezeichnung für das potenziell gesundheitsgefährdende Einatmen von Teer- beziehungsweise Nikotinablagerungen aus Tabakrauch, beispielsweise aus Kleidung, Haaren, Bodenbelägen oder Wänden.)

Wenn ja:
Raum: (Diese Frage wird gestellt, um die Bedingungen des Raumes/ der darin befindlichen Oberflächen, die das Kind betreffen, zu verstehen.)

Wie viele insgesamt (Zigaretten/Tag in dem Raum):.....
 Anzahl der Raucher in dem Raum:.....
 Seit wann? (Jahre):

Kind:
 Seit wann (wie vielen Jahren) wird das Kind dem Rauchen ausgesetzt?
 Wie viele Stunden am Tag wird das Kind dem Rauchen ausgesetzt?

Land:

Stadt:

Krankenhaus:

Name des Arztes/der Ärztin/
Initiale:

Patienten Nr:



Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht? Ja / Nein / Unbekannt

Wenn ja, wie viele Monate?.....

Wie viel? (Zigaretten/Tag):.....

Drogenkonsum: Ja / Nein / Unbekannt

Wenn ja: Art der Droge:.....

Wie viel?:.....

Seit wann? (Jahre):.....

(Wenn mehrere Drogen angegeben werden, diese bitte unter "Notizen" am Ende des Fragebogens notieren)

Diabetes mellitus: Ja / Nein

Wenn ja: Typ: Typ I / Typ II/ Typ IIIc/ MODY

Seit wann? (Jahr):.....

Gluten-sensitive Enteropathie (Zöliakie) Ja / Nein

Wenn ja: Seit wann? (Jahr):.....

Lipidstoffwechselstörung: Ja / Nein

Wenn ja: Typ:

Seit wann? (Jahr):.....

Andere Erkrankungen des Pankreas: Ja / Nein

Wenn ja: Akute Pankreatitis/ Chronische Pankreatitis / Autoimmun Pankreatitis / Tumor/ Andere

Wenn andere, welche?.....

Wenn der/die Patient/-in bereits eine AKUTE PANKREATITIS hatte:

Wie oft hatte der/die Patient/-in eine akute Phase (vor dieser Phase)?:.....

Wann trat die erste akute Phase auf (Jahr)?:.....

Wenn bei dem Patienten/der Patientin bereits eine CHRONISCHE/AUTOIMMUN

PANKREATITIS diagnostiziert wurde:

Zeitpunkt der Erstdiagnose:.....

Wie viele akute Episoden sind bisher aufgetreten?.....

Wann trat die erste akute Phase auf (Jahr)?:.....

Wenn der/die Patient/-in bereits Bauchspeicheldrüsenkrebs hatte:

Zeitpunkt der Diagnose?.....

Wurde eine chronischer Pankreatitis diagnostiziert? Ja / Nein

Wenn ja, wann wurde sie diagnostiziert?

Wie oft hatte der/die Patient/-in akute Phasen (vor dieser Phase)?.....

Wann trat die erste akute Phase auf (Jahr)?:.....

Sonstige Informationen:

.....

.....

**Pankreas-Erkrankungen in der Familie:**

Akute Pankreatitis: Ja / Nein Wenn ja: Beziehung zum Patienten:.....
 Chronische Pankreatitis: Ja / Nein Wenn ja: Beziehung zum Patienten:.....
 Autoimmun Pankreatitis: Ja / Nein Wenn ja: Beziehung zum Patienten:.....
 Bauchspeicheldrüsenkrebs: Ja / Nein Wenn ja: Beziehung zum Patienten:.....
 Andere (bitte beschreiben):..... Beziehung zum Patienten:

Angeborene anatomische Fehlbildung der Bauchspeicheldrüse:

Ja / Nein / Unbekannt

Wenn ja: Bitte notieren/beschreiben:

.....

Andere Krankheiten: Ja / Nein

Wenn ja: Bitte notieren/beschreiben:

.....

Regelmäßige Medikation: Ja / Nein

Wenn ja:

Name:.....	Dosierung:.....	Seit wann?:.....

*(Wenn weitere Medikamente angegeben werden, diese bitte unter "Notizen" am Ende des Fragebogens notieren)***Diät: Ja / Nein**

Wenn ja: Bitte notieren/beschreiben:.....

3. Ätiologie

Gallensteine/

Andere biliäre Erkrankungen	Ja	Nein	Unbekannt
Alkohol	Ja	Nein	Unbekannt
Virus Infektionen	Ja	Nein	Unbekannt
Trauma	Ja	Nein	Unbekannt
Drogen-induziert	Ja	Nein	Unbekannt
Angeborene anatomische Fehlbildung	Ja	Nein	Unbekannt
Zystische Fibrose	Ja	Nein	Unbekannt
Hypertriglyzeridämie	Ja	Nein	Unbekannt
Gluten-sensitive Enteropathie	Ja	Nein	Unbekannt
Genetisch bedingt	Ja	Nein	Nicht getestet
Idiopathisch	Ja	Nein	Unbekannt
Andere	Ja	Nein	Unbekannt

Wenn ja: Bitte notieren/beschreiben:

**4. Beschwerden, Symptome****Bauchschmerzen:** Ja / Nein

Wenn ja: Seit wann? (Stunden):.....

Qualität: krampfartig / stumpf / stechend

Intensität (1-10):.....

Lokalisation:.....

Ausbreitung/Ausstrahlung der Schmerzen:.....

Übelkeit: Ja / Nein**Erbrechen:** Ja / Nein

Wenn ja: Wie oft?:.....

Inhalt/Konsistenz des Erbrochenen:.....

Erhöhte Temperatur/Fieber: Ja / Nein

Falls ja: Seit wann?:.....

Wie hoch? (°C):.....

Appetit: gut / mäßig / schlecht**Gewichtsverlust:** Ja / Nein

Wenn ja: Wie viel (kg):.....

In welcher Zeitspanne (Wochen):.....

Ikterus: Ja / Nein

Wenn ja: Wie lange/seit wann:.....

Stuhl: normal / flüssig / Verstopfung / fettig / übelriechend / blutig / unverdaute Nahrungsreste**5. Aufnahmedetails und Status****Blutdruck (Hgmm):**.....**Puls (/Minute):**.....**Gewicht (kg):**.....**Größe (m):**.....**Atemfrequenz (/Minute):**.....**Körpertemperatur (°C):**.....**Abdomineller Druckschmerz/ -Empfindlichkeit:** Ja / Nein**Abwehrspannung:** Ja / Nein**Ikterus:** Ja / Nein**Darmgeräusche:** fehlend / vermindert / normal / vermehrt**Glasgow-Coma-Skale (GCS):**.....**Augenöffnen:**

4 Punkte: Spontan

3 Punkte: nach Aufforderung

2 Punkte: auf Schmerzreiz

1 Punkt: Nicht

Sprache:

5 Punkte: Orientiert, klar

4 Punkte: Verwirrt

3 Punkte: einzelne Wörter

2 Punkte: einzelne Laute

1 Punkt: Keine

Bewegung:

6 Punkte: nach Aufforderung

5 Punkte: gezielte Abwehrbewegung

4 Punkte: ungezielte Abwehrbewegung

3 Punkte: Beugebewegung

2 Punkte: Streck beugebewegung

1 Punkte: Keine

**6. Laborparameter bei Aufnahme****OBLIGATORISCHE PARAMETER:**

Amylase (U/l)	
Lipase (U/l) (Nur notwendig, wenn Amylase nicht gemessen wurde)	
Leukozyten, Anzahl(G/l)	
Erythrozyten, Anzahl (T/l)	
Hämoglobin (g/l)	
Hematokrit (%)	
Thrombozyten (G/l)	
Glukose (mmol/l)	
Blut-Harnstoff-Stickstoff (mmol/l)	
Kreatinin (umol/l)	
eGFR	
C-reaktives Protein (mg/l)	
ASAT/GOT (U/l)	
Lactat Dehydrogenase LDH (U/l)	
Calcium (mmol/l)	

ANDERE PARAMETER (falls gemessen):

Natrium (mmol/l)	
Kalium (mmol/l)	
Gesamteiweiß (g/l)	
Albumin (g/l)	
Cholesterin (mmol/l)	
Triglyzeride (mmol/l)	
ALAT/GPT (U/l)	
Gamma GT (U/l)	
Bilirubin gesamt (umol/l)	
Direkt/konjugiertes Bilirubin (umol/l)	
Alkalische Phosphatase (U/l)	
Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSR)/Westergren (mm/h)	
Procalcitonin (ng/ml)	
IgA (g/l)	
IgM (g/l)	
IgG (g/l)	
IgG4 (g/l)	
CA 19-9 (U/ml)	
PaO ₂ (Hgmm)	
HCO ₃ (mmol/l)	
sO ₂ (%)	
Schweißtest (mmol/l)	
Urin Amylase	
Urin Lipase	
Urin Kreatinin	
(Andere)	
(Andere)	



Virus Serologie: Welches Virus? Ergebnisse:.....

7. Bildgebung bei Aufnahme

Hat der/die Patient/-in einen Pleuraerguss?	Ja	Nein
Hat der/ die Patient/-in Lungeninfiltrate?	Ja	Nein
Hat der/ die Patient/-in abnormale Pankreas-Strukturen?	Ja	Nein

Abdomen- Sonographie: Ja Nein
 Beschreibung:

.....

Abdomen-Röntgen: Ja Nein
 Beschreibung:

.....

Thorax-Röntgen: Ja Nein
 Beschreibung:

.....

Thorax-CT: Ja Nein
 Beschreibung:

.....

Abdomen-CT: Ja Nein
 Beschreibung:

.....

**8. Genetische Tests**

Wurden bereits früher durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja: Bitte notieren/benennen:

.....

.....

.....

9. Sofortige Therapie bei Aufnahme (in der Notfallambulanz, bevor der/die Patient/-in auf die Station transferiert wurde)

Infusion: Ja Nein
 Wenn ja: Art der Infusion:
 Menge:(ml)

Enterale Ernährung (Sonde): Ja Nein
 Wenn ja: naso-gastral / naso-jejunal
 Ernährung:
 Menge:..... (ml)
 Verdünnung: Ja Nein

Schmerztherapie: Ja Nein
 Wenn ja: Gabe: oral / enteral / intravenös / epidural
 Name des Medikaments:.....
 Dosierung:.....
 Wie lange (Tage):.....

Antibiotikatherapie: Ja Nein
 Wenn ja: Gabe: oral / enteral / intravenös
 Name des Medikaments:.....
 Dosierung:.....
 Wie lange (Tage):.....

Insulin: Ja Nein
 Wenn ja: Name des Medikamentes:.....
 Dosierung:.....
 Wie lange (Tage):.....

Intensivmedizin: Ja Nein
 Wenn ja: Ursache (Ventilation, Vasopressortherapie, etc.):.....
 Wie lange (Tage):.....

Sonstiges:

Wenn ja:
 Bitte notieren/beschreiben:.....

.....

.....

.....

