

Liebe Eltern!

Sie stellen uns Ihr Kind erstmalig in unserer endokrinologischen Sprechstunde vor. Damit wir unseren neuen Patienten besser kennenlernen und uns auf den Termin vorbereiten können, bitten wir Sie, uns einige Angaben zu machen.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns den Fragebogen bereits vor dem Sprechstundentermin ausgefüllt z. B. per Post oder Mail (info@kinderarzt-hl.de) zukommen lassen könnten.

Herzlichen Dank!

Datum: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Vorstellungsgrund:

Fragen zum Kind:

Hat sich Ihr Kind körperlich normal entwickelt? Nein Ja

Mit wie viel Monaten konnte es sitzen? Mit _____ Monaten

Mit wie viel Monaten konnte es laufen? Mit _____ Monaten

Mit wie viel Monaten war es nachts sauber? Mit _____ Monaten

Wann hat es den ersten Zahn bekommen? Mit _____ Monaten

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? Nein Ja

Wenn ja, wann und aus welchem Grund?

Ist Ihr Kind häufig krank? Nein Ja

Wenn ja, worin besteht die Erkrankung und wie häufig pro Jahr?

Hat Ihr Kind eine chronische oder eine ständig wieder auftretende Krankheit?

Nein Ja

Wenn ja, welche und seit wann?

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Bitte tragen Sie Messdaten ein und legen Sie **Unterlagen** bei (**Ausdruck aller Wachstums-/
Gewichtskurven vom Kinderarzt!**)

Achtung: Im gelben Heft (U-Heft) sind nur Wachstumsdaten bis zum 5. Lebensjahr kontinuierlich vermerkt! Fragen Sie Ihren Arzt nach Wachstumsdaten.

Geburt: Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht _____ kg
U4: Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht _____ kg
U5: Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht _____ kg
U6: Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht _____ kg
U7: Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht _____ kg
U7a: Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht _____ kg
U8: Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht _____ kg
U9: Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht _____ kg
U10: Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht _____ kg
J1: Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht _____ kg

War Ihr Kind im Vgl. mit gleichaltrigen Kindern immer schon etwas größer/kleiner? Nein Ja

Gibt es einen Zeitpunkt, von dem an Ihr Kind schlechter gewachsen ist als vorher? Nein Ja

Wenn ja, wann war dieser Zeitpunkt/ Gab es ein besonderes Ereignis?

Falls Ihr Kind in die Schule geht: Welche Schulform und welche Klassenstufe besucht es?

Gibt es in der letzten Zeit einen Leistungsabfall? Nein Ja

Gibt es bei Ihrem Kind **Auffälligkeiten**, wie:

starkes Schwitzen: Nein Ja - tagsüber nachts

Appetit: gut schlecht - seit wann? _____

Stuhlgang: täglich /Anzahl/Tag _____ nicht täglich _____/Woche

Kopfschmerzen: Nein Ja - wie häufig/Woche? _____

Sehstörungen: Nein Ja - welche Art? _____

Körperliche Belastbarkeit: gut schnell ermüdbar

Sport im Verein: Nein Ja - Sportart _____

Spielt Ihr Kind regelmäßig am PC bzw. Videospiele und sieht regelmäßig fern?

Nein Ja - wie viele Std. am Tag? _____

Sind Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig durchgeführt worden?

Nein Ja

Wurden Impfungen regelmäßig kontrolliert?

Nein Ja

Fragen zur Schwangerschaft und Geburt:

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Geburt: Zum Termin zu früh um _____ Tage später um _____ Tage

Normale Geburt Zangengeburt Saugglocke Kaiserschnitt

Komplikationen? _____ Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Geburtsgewicht: _____g Geburtslänge: _____cm

Kopfumfang: _____cm APGAR: _____

Wurde Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt? Nein Ja

Wenn ja, warum? _____

Fragen zur Familie:

Mutter: Körpergröße: _____cm Körpergewicht: _____kg

Regelblutung mit: _____Jahren

Körpergröße der Eltern der Mutter: Mutter: _____cm Vater: _____cm

Familienkrankheiten: _____

Vater: Körpergröße: _____cm Körpergewicht: _____kg

Wachstum abgeschlossen: eher früh durchschnittlich eher spät

Körpergröße der Eltern des Vaters: Mutter: _____cm Vater: _____cm

Familienkrankheiten: _____

Geschwister des Patienten:

Geschlecht m/w	Alter in Jahren	relativ klein	durchschnittlich	relativ groß

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam