

## 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](mailto:info@kinderarzt-hl.de)) zukommen lassen könnten.

Herzlichen Dank!

Datum: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr: \_\_\_\_\_

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*