

Kinderarztpraxis am Zoo

Dr. Dieter Knöbl – Dr. Georg Herzenstiel – Dr. Franziska Schnurr – Otmar Born

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Allergologie – Endokrinologie – Naturheilverfahren

Ettlinger Str. 27 – 76137 Karlsruhe

Tel.: 0721 / 34 722 – Fax: 0721 / 93 76 877

Fragebogen Endokrinologische Sprechstunde

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Was genau soll in unserer Ambulanz abgeklärt werden ?

Welche Auffälligkeit oder welches Problem besteht bei Ihrem Kind ?

Seit wann bestehen bei Ihrem Kind die Auffälligkeiten / Beschwerden ?

Wurde Ihr Kind schon einmal endokrinologisch untersucht ? nein ja

Gibt es ärztliche Vorbriefe und / oder Vorbefunde wie z.B. Laborwerte, Ultraschalluntersuchungen, Röntgenuntersuchungen, CT- / MRT-Untersuchungen ?

Falls ja, schicken Sie uns bitte Kopien davon zusammen mit diesem Fragebogen vorab zu oder bringen Sie Kopien davon zu Ihrem Termin mit. Bitten Sie ggf. Ihre Kinderärztin / Ihren Kinderarzt um alle wichtigen Befunde.

Falls bereits eine Knochenalterbestimmung (Röntgenaufnahme der linken Hand) erfolgt sein sollte, so bitten wir darum, uns neben dem schriftlichen Befund auch das Röntgenbild selbst im Original zukommen zu lassen (auf CD oder mittels Online-Zugang per Code, nicht als Ausdruck auf Papier).

Bitte bringen Sie zum Termin außerdem das gelbe Vorsorgeheft, die Versichertenkarte Ihres Kindes sowie einen aktuellen Überweisungsschein von Ihrer Kinderärztin / Ihrem Kinderarzt mit.

Angaben zum Kind:

Wo erfolgte die Geburt ? _____

Bei wie vielen Schwangerschaftswochen genau ? _____ + _____ SSW

Gab es Probleme bei der Geburt ? nein ja welche ?

Bestand eine Omphalozele (Nabelbruch) ? nein ja

Geburts-Länge: _____ cm, Geburts-Gewicht: _____ g, Kopfumfang: _____ cm

U3 Datum: _____ , Länge: _____ cm, Gewicht: _____ kg, Kopfumfang: _____ cm

U4 Datum: _____ , Länge: _____ cm, Gewicht: _____ kg, Kopfumfang: _____ cm

U5 Datum: _____ , Länge: _____ cm, Gewicht: _____ kg, Kopfumfang: _____ cm

U6 Datum: _____ , Länge: _____ cm, Gewicht: _____ kg, Kopfumfang: _____ cm

U7 Datum: _____ , Länge: _____ cm, Gewicht: _____ kg, Kopfumfang: _____ cm

U7a Datum: _____ , Länge: _____ cm, Gewicht: _____ kg, Kopfumfang: _____ cm

U8 Datum: _____ , Länge: _____ cm, Gewicht: _____ kg, Kopfumfang: _____ cm

U9 Datum: _____ , Länge: _____ cm, Gewicht: _____ kg, Kopfumfang: _____ cm

J1 Datum: _____ , Länge: _____ cm, Gewicht: _____ kg, Kopfumfang: _____ cm

Gibt es noch weitere dokumentierte Messungen ?

Datum: _____ , Länge: _____ cm, Gewicht: _____ kg, Kopfumfang: _____ cm

Datum: _____ , Länge: _____ cm, Gewicht: _____ kg, Kopfumfang: _____ cm

Datum: _____ , Länge: _____ cm, Gewicht: _____ kg, Kopfumfang: _____ cm

Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen (auch eine Seh- oder Hörstörung) ? nein ja

Wird Ihr Kind dauerhaft / regelmäßig mit Medikamenten behandelt (auch Salben oder Inhalationen) ? nein ja

Wenn ja, wie genau heißen die Medikamente, wie oft und in welcher Dosis werden sie gegeben ?

War Ihr Kind schon einmal schwer krank ? nein ja

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert (u.a. Hodenhochstand) ? nein ja

Körperliche und geistige Entwicklung:

Wann sind erste Pubertätszeichen (z.B. Brustwachstum / Schamhaare) aufgetreten ?

Bei Mädchen: Wann trat die erste Periodenblutung auf ?

Gab oder gibt es Probleme / Auffälligkeiten bei der körperlichen / geistigen Entwicklung oder des Verhaltens ? nein ja

Erfolgte eine physiotherapeutische / logopädische / ergotherapeutische Behandlung ? nein ja

Das Kind besucht: den Kindergarten

die Schule _____ Klasse, Schulform: _____

eine Sonderform _____

Körperliche Alltagsaktivität: fast keine sehr viel

Körperliche Belastbarkeit: sehr schlecht sehr gut

Macht Ihr Kind regelmäßig Sport in einem Verein oder von sich selbst aus ? nein ja

Was, wie viele Stunden pro Woche ? _____

Hat Ihr Kind Schlafprobleme ? nein ja _____

Ernährung und Ausscheidung

Appetit: sehr wenig sehr viel

Ausgewogen Einseitig (z.B. hauptsächlich Getreideprodukte, wenig Obst und / oder Gemüse)

Vegetarisch Vegan Bestimmte Diätform _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel zu sich (u.a. Biotin) ? nein ja

Trinkmenge pro Tag: ca. _____ Liter Wasser oder Tee / ca. _____ Liter zuckerhaltige Getränke

Gibt es Probleme / Beschwerden beim Wasserlassen? nein ja

Besteht nächtliches Einnässen / Wasserlassen? nein ja

Gibt es Probleme / Beschwerden beim Stuhlgang (z.B. Durchfall / Verstopfung) ? nein ja

Eltern und Großeltern des Kindes:

Vater des Kindes: Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg (im Zweifelsfall nachmessen !)

Beginn der Pubertät im Alter von _____ Jahren

Väterliche Seite: Größe des Opas: _____ cm, Größe der Oma: _____ cm

Mutter des Kindes: Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg (im Zweifelsfall nachmessen !)

Beginn der Pubertät im Alter von _____ Jahren

Erste Regelblutung im Alter von _____ Jahren

Mütterliche Seite: Größe des Opas: _____ cm, Größe der Oma: _____ cm

Geschwister des Kindes (im Zweifelsfall nachmessen !):

Schwester / Bruder Geburtsdatum: _____ , Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg

Schwester / Bruder Geburtsdatum: _____ , Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg

Schwester / Bruder Geburtsdatum: _____ , Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg

Familie:

Herkunftsland Mutter: _____ , Herkunftsland Vater: _____

Leibliches Kind Adoption Aus welchem Land ? _____

Eltern miteinander verwandt (z.B. Cousin / Cousine): nein ja

Gibt es Hormonerkrankungen in der Familie ? nein ja

Falls ja, welche und bei wem? _____

Besteht eine Thromboseneigung bei jemandem aus der Familie ? nein ja

Gibt es sonst noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint ?
