

Kinderarztpraxis am Zoo

Otmar Born

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Kinder-Endokrinologie und Diabetologie, Diabetologe DDG

Ettlinger Str. 27 – 76137 Karlsruhe

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

Anmeldebogen Endokrinologische Sprechstunde – ÄrztInnen

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

für einen effektiven Ablauf möchten wir Sie bitten, uns vor der Terminvergabe einige wichtige Informationen zu Ihrer Patientin / zu Ihrem Patienten zukommen zu lassen:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Welches sind die Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen, weshalb die Vorstellung erfolgen soll ?

Aktuelle Größe: _____ cm **Datum der Messung:** _____

Aktuelles Gewicht: _____ kg **Datum der Messung:** _____

Bitte geben Sie der Familie sämtliche relevante ärztliche Vorbriebe und Vorbefunde (z.B. Laborwerte, Ultraschalluntersuchungen, Röntgenuntersuchungen, CT- / MRT-Untersuchungen) als Kopien mit, damit uns diese zusammen mit dem Anmeldebogen und dem Fragebogen von den Eltern vor der Terminvergabe zugeschickt werden können.

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).

Datum

Stempel, Unterschrift

Fragebogen Endokrinologische Sprechstunde – Eltern

Sehr geehrte Eltern,

bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um unseren Fragebogen zu Ihrem Kind auszufüllen. Dies hilft uns, den Termin zu planen und sorgt für einen effektiven Ablauf unserer endokrinologischen Sprechstunde.

Angaben zu Ihrem Kind:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ihre Anschrift:

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Ihre Festnetznummer: _____

Ihre Mobilnummer: _____

Schicken Sie uns diesen Fragebogen, den Anmeldebogen Ihrer Ärztin / Ihres Arztes sowie sämtliche relevante Vorbriebe und Vorbefunde per Post oder per FAX zu. Wir werden uns dann mit einem Terminvorschlag telefonisch bei Ihnen melden.

Bitte bringen Sie zum Termin die Versichertenkarte Ihres Kindes, einen aktuellen Überweisungsschein von Ihrer Kinderärztin / Ihrem Kinderarzt und das gelbe Vorsorgeheft 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: GröÙe: _____ cm, Gewicht: _____ kg (im Zweifelsfall nachmessen !)

Beginn der Pubertät im Alter von _____ Jahren

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

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

Beginn der Pubertät im Alter von _____ Jahren

Erste Regelblutung im Alter von _____ Jahren

Mütterliche Seite: GröÙe des Opas: _____ cm, GröÙe 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 ?

