

## 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

E-Mail: endo@kinderarztpraxisamzoo.de

## Endokrinologische Sprechstunde

Sehr geehrte Eltern,

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

Schicken Sie uns den **vollständig ausgefüllten Fragebogen** sowie **sämtliche relevante Vorbriefe und Vorbefunde** (z.B. Arztbriefe, Laborwerte, Ultraschall-/ Röntgen-/ CT-/ MRT-Untersuchungen) am besten als **PDF per E-Mail (endo@kinderarztpraxisamzoo.de)** oder alternativ per **Post** oder per **FAX** zu. Wir werden uns dann mit einem **Terminvorschlag telefonisch** bei Ihnen melden.

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

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

Mit freundlichen Grüßen

Otmar Born

# Endokrinologische Sprechstunde – Fragebogen

## Angaben zu Ihrem Kind:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐

## Warum soll die Vorstellung erfolgen ? Was genau soll bei Ihrem Kind abgeklärt werden ?

---

---

---

## Bei Vorstellungen wegen der Körpergröße oder wegen des Gewichtes zusätzlich:

Aktuelle Größe: \_\_\_\_\_ cm Datum der Messung: \_\_\_\_\_

Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Datum der Messung: \_\_\_\_\_

(Lassen Sie die Messungen ggf. bei Ihrer Kinderärztin / Ihrem Kinderarzt durchführen)

## Ihre Anschrift:

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

## Ihre Kontaktdaten:

Festnetznummer: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Kind:**

Wo erfolgte die Geburt ? \_\_\_\_\_

Bei wie vielen Schwangerschaftswochen genau ? \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ SSW

Gab es Probleme bei der Geburt ? nein ☐ ja ☐ welche ?

\_\_\_\_\_

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 ☐

\_\_\_\_\_

Hat jemand in der Familie eine Fettstoffwechselstörung (z.B. Hypercholesterinämie) ? Hatte jemand in der Familie vor dem 55. Geburtstag einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall ? nein ☐ ja ☐

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gibt es sonst noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_