

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 Größe, des Gewichtes oder der Pubertätsentwicklung zusätzlich:

Aktuelle Größe: _____ cm Datum: _____

Aktuelles Gewicht: _____ kg Datum: _____

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

Ihre Anschrift und Kontaktdaten:

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Festnetznummer: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

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

U3 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

U11 Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht: _____ kg

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

J2 Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht: _____ kg

Gibt es noch weitere dokumentierte Messungen ?

Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht: _____ kg

Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht: _____ kg

Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht: _____ kg

Datum: _____ Länge: _____ cm Gewicht: _____ kg

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

Wird Ihr Kind dauerhaft / regelmäßig mit Medikamenten behandelt ? nein ☐ ja ☐ welche ?

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

War Ihr Kind schon einmal sehr schwer krank ? nein ☐ ja ☐ was genau ?

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

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 ☐ welche ?

Das Kind besucht: den Kindergarten ☐

 die Schule ☐ _____. Klasse, Schulform: _____

 eine Sonderform ☐ _____

Familie des Kindes:

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

Beginn der Pubertät im Alter von _____ Jahren

Herkunftsland (wenn Ihnen die Angabe wichtig erscheint): _____

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

Beginn der Pubertät (Brustwachstum) im Alter von _____ Jahren

Erste Regelblutung im Alter von _____ Jahren

Herkunftsland (wenn Ihnen die Angabe wichtig erscheint): _____

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

Gibt es Hormon- oder Stoffwechselerkrankungen in der Familie ? nein ☐ ja ☐

Welche und bei wem genau ? _____

Gibt es sonst noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint ?
