

## Fragebogen Kinderendokrinologie

Liebe Eltern,

wir (das Team der **Hormonsprechstunde für Kinder und Jugendliche** im endokrinologikum) möchten Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Vielen Dank.

Name/Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

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

Vollständige Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ beruflich/mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter (**nicht Krankenkasse! Name von Mutter oder Vater**): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt (**Name, Adresse und Telefon**):

\_\_\_\_\_

Erfolgte die Geburt zum errechneten Termin: ja  / nein  Woche: \_\_\_\_\_

normal:  / Kaiserschnitt:  / andere: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Länge: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

Apgar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (**Angaben im gelben Untersuchungsheft 1. Seite**)

Ist das Kind ein Zwilling? ja  / nein  Wurde es adoptiert? ja  / nein

Geschwister/Alter: \_\_\_\_\_

Nationalität des Kindes: \_\_\_\_\_

Nationalität der Mutter: \_\_\_\_\_ Größe der Mutter: \_\_\_\_\_ cm

Pubertätsbeginn der Mutter mit: \_\_\_\_\_ Jahren 1. Menstruation der Mutter mit \_\_\_\_\_ Jahren

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Nationalität des Vaters: \_\_\_\_\_ Größe des Vaters: \_\_\_\_\_ cm

Pubertätsbeginn des Vaters mit: \_\_\_\_\_ Jahren

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Durchgemachte ernste Krankheiten des Kindes:

\_\_\_\_\_

Bestehen in der Familie (auch Großeltern) chronische Krankheiten (z. B. Diabetes, Allergien, Krebserkrankungen)? ja  / nein

wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Kind Medikamente (auch Pille, Vitamine, Mineralstoffe angeben)? ja  / nein

wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN!**

Musste Ihr Kind früher oder muss es zurzeit wegen einer Krankheit öfter zum Arzt gehen?

nein  ja, wegen \_\_\_\_\_

Musste Ihr Kind schon einmal operiert werden?

nein  ja, wegen \_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahr(en).

Was für eine Schule besucht Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Welche Klasse?: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Probleme in der Schule? \_\_\_\_\_

Geht Ihr Kind noch in die Schule?

ja  nein, sondern \_\_\_\_\_

Isst Ihr Kind:  normal Mischkost  vegetarisch  vegan  einseitig

Raucht Ihr Kind:  nein  selten  regelmäßig, \_\_\_\_\_ Zig./Tag

Trinkt Ihr Kind Alkohol:  nein  selten  regelmäßig

Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport?  nein  ja Sportart: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_mal/Woche

Ist Ihr Kind in einem Sportverein?  nein  ja Sportart: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_mal/Woche

Wann hat die Scham- und Achselbehaarung begonnen? \_\_\_\_\_Jahr(en).

Mein Kind hat noch keine Scham- und Achselbehaarung

**Nur für Mädchen!**

Ich habe noch keine  Brustentwicklung  Menstruation (Regelblutung)

Meine Brust hat begonnen zu wachsen, als ich \_\_\_\_\_Jahre alt war.

Ich habe mit \_\_\_\_\_Jahren erstmals meine Menstruation (Regelblutung) bekommen.

Der 1. Tag meiner letzten Menstruation (Regelblutung) war am \_\_\_\_\_, davor am \_\_\_\_\_

Ist der Abstand zwischen den Regelblutungen regelmäßig, z.B. alle 4 Wochen?

ja, alle 4 Wochen

nein, mit Abständen zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_  Tagen  Wochen  Monaten

Hast Du Schmerzen vor/während der Menstruation (Regelblutung)?  nein  ja

Wenn ja, was hilft Dir dann?  Wärme  Ruhe  Bewegung  Medikamente

Welche? \_\_\_\_\_ (Name des Schmerzmittels)

Erfolgte die HPV-Impfung  erfolgt  noch nicht erfolgt

**Mit der Erfassung dieser Daten in der Krankenakte meines Kindes bin ich Einverstanden.**

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_