

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: _____