Adipositaszentrum



# Fragebogen zur Erstvorstellung Adipositas-Sprechstunde

Sprechstunde Kinder-Adipositas Anmeldung Diana Weber Telefon 0351 - 856 3013

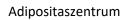
E-Mail kinder-adipositas@klinikum-dresden.de

#### Bitte zur Erstvorstellung mitbringen (wenn vorhanden)

- ☐ Chipkarte und aktuellen Überweisungsschein
- den ausgefüllten Anamnesebogen
- ☐ Vorsorgeheft ("gelbes Heft")
- ☐ Gewichts- und Größendaten der letzten Jahre (bitte beim Kinderarzt erfragen)
- □ relevante Vorbefunde (SPZ, Endokrinologie), Reha- und Klinik-Berichte etc.

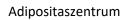
#### Wie kommt es zur Anmeldung in der Adipositas-Sprechstunde?

	eigene Initiative	☐ Kinderarzt/-ärztin	☐ Kindergarten/ Schule	□ Jugendamt
Allgemeines				
Name des Kind	es:			
geboren am:			Name der Krankenkasse:	
			Adresse:	
Telefon/Handy	:		Straße/Nr.:	
E-Mail:			PLZ/Ort:	
Gewichtsver	lauf			
Körpergröße:		cm		
aktuelles Gewi	cht:	kg		
höchstes Gewi	cht:	kg	wann:	
Geburt (bitte d	em gelben Vorsorg	eheft entnehmen):		
Schwangerscha	iftswoche:		APGAR:	<u> </u>
Geburt:	□ spontan	□ per Kaiserschnitt	Besonderheiten nach der	Geburt:
Geburtsgewich	t:	g		
Geburtslänge:		cm	Frühkindliche Entwicklun	g (Laufen, Sprechen):



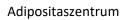


War Ihr Kind bereits im Vorschulalt Welche Erklärung haben Sie für das		□ ja	□ nein	
Welche Erklärung hat Ihr Kind für d	las Übergewicht?			
Gab es Ereignisse, welche das Gew	icht maßgeblich beeinfluss	ten?		
Haben Sie bereits Abnehmversuche Wenn ja, nennen Sie bitte die letzte		□ ja	□ nein	
Art der Maßnahme (Reha, WeightWatchers, Ernährungsberatun)	Zeitraum v	on bis	Gewi	chtsverlust in kg
Kam es nach den bisherigen Versuc	chen zu einem Jojo-Effekt,	mit einem weitere	n oder erneutei	n Gewichtsanstieg?
	□ ja	□ nein		
Schule/Freizeit  Welche Schule besucht Ihr Kind?  Grundschule  Aktuelle Klasse:	□ Oberschule	□ Gymnasium	□ Förd	derschule
Nimmt Ihr Kind am Schulsport teil?		□ ја	□ nein	
Wird/wurde Ihr Kind von Mitschüle	ern aufgrund seines Gewich	nts gehänselt?	□ ja	□ nein
Wie legt Ihr Kind den Schulweg zur	ück?			
□ zu Fuß	☐ Fahrrad/Roller	□ ÖPNV	□ Aut	o/Fahrdienst
Dauer für eine Strecke:	min			





Geht Ihr Kind einer sportlichen Betätigung nach? (bspw. Vereinssport, Fitness-Studio, GTA,)			□ ja	□ nei	□ nein		
Wenn ja, welche und							
Medienzeit	Stun	den/ Tag	was?				
Familie							
Vater			Mutter				
Geburtsdatum:			Geburtsdatum	1:			
Geburtsland:			Geburtsland:				
Gewicht:	kg		Gewicht:		kg		
Größe:	cm		Größe:		cm		
berufstätig:	□ ja l	⊐ nein	berufstätig:		□ ja	□ nein	
Ausbildung:			Ausbildung:				
ausgeübter Beruf:			ausgeübter Be	ruf:			
Sie arbeiten in: □ V	′ollzeit □ Teilzeit □ Sch	nichtdienst	Sie arbeiten in	: 🗆 Voll	lzeit □ Teilzeit [	□ Schichtdienst	
Geschwister  □ ♀□ □ ♂□	Geburtsjahr:		Größe:	cm	Gewicht:	kg	
			Größe:				
	Geburtsjahr:			cm	Gewicht:	kg	
	Geburtsjahr:		Größe:	cm	Gewicht:	kg	
	Geburtsjahr:		Größe:	cm	Gewicht:	kg	
	Geburtsjahr:		Größe:	cm	Gewicht:	kg	
Familiäre Vorerkran	kungen						
Bestehen in Ihrer Far	milie folgende Erkrankun	gen:			Bsp. Großvater n	nütterlicherseits	
Bluthochdruck		□ nei	n □ ja, wer?				
Diabetes/Zuckerkran	kheit (auch in Schwangersch	aft) □ nei	n □ ja, wer?				
Gicht		□ nei	n □ ja, wer?				
erhöhte Blutfette		□ nei	n □ ja, wer?				
Fettleber		□ nei	n □ ja, wer?				





Durchblutungsstörung (Herzinfarkt/Schlaganfall) □ neir	□ ja, wer?
genetische Erkrankung/Syndrom 🗆 neir	□ ja, wer?
Lebensumstände (bitte Zutreffendes ankreuzen)  ☐ gemeinsam mit beiden leiblichen Eltern  ☐ mit alleinerziehendem Elternteil  ☐ Stiefelternfamilie (ein leiblicher Elternteil)  ☐ Pflege- bzw. Adoptiveltern  ☐ Wohngruppe oder Internat  ☐ wohnt allein	Sorgerecht (bitte Zutreffendes ankreuzen)  geteilt es Sorgerecht  alleiniges Sorgerecht  Vormundschaft/Jugendamt wer?  Kontakt:
Vorerkrankungen/Therapien  Bestehen bei Ihrem Kind Vorerkrankungen?	□ ja □ nein
Wenn ja, welche?	
Bestehen bei Ihrem Kind Allergien? Wenn ja, welche?	□ ja □ nein
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? (insb. Kortisonpräparate AD(H)S- oder Epilepsie-Medikamente Antidepres Wenn ja, welche?	□ ja □ nein siva Psychopharmaka)
Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? Wenn ja, was und wann?	□ ja □ nein
Schnarcht Ihr Kind?	□ ja □ nein
Besteht bei Ihrem Kind tagsüber eine ausgeprägte Müdigkei	t? □ ja □ nein
Hatte Ihr Kind schon einmal eine Psycho- oder Verhaltensth (ambulant oder (tages)stationär  Name des Therapeuten/der Klinik  Zeitra Wenn ja, was und wann?	
Haben Sie (mit Ihrem Kind) schon einmal eine Ernährungsbe Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis?	ratung aufgesucht? □ ja □ nein

Adipositaszentrum



Vielen Dank!
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r