

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 Kindes:

Name der Krankenkasse:

geboren am:

Adresse:

Telefon/Handy:

Straße/Nr.:

E-Mail:

PLZ/Ort:

Gewichtsverlauf

Körpergröße: cm

aktuelles Gewicht: kg

höchstes Gewicht: kg

| wann:

Geburt (bitte dem gelben Vorsorgeheft entnehmen):

Schwangerschaftswoche:

APGAR: | | |

Geburt: ☐ spontan ☐ per Kaiserschnitt

Besonderheiten nach der Geburt:

Geburtsgewicht: g

Geburtslänge: cm

Frühkindliche Entwicklung (Laufen, Sprechen):

War Ihr Kind bereits im Vorschulalter übergewichtig? ☐ ja ☐ nein

Welche Erklärung haben Sie für das Übergewicht?

.....

.....

Welche Erklärung hat Ihr Kind für das Übergewicht?

.....

.....

Gab es Ereignisse, welche das Gewicht maßgeblich beeinflussten?

.....

.....

Haben Sie bereits Abnehmversuche durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, nennen Sie bitte die letzten drei Versuche.

Art der Maßnahme (Reha, WeightWatchers, Ernährungsberatung, etc.)	Zeitraum von ... bis ...	Gewichtsverlust in kg

Kam es nach den bisherigen Versuchen zu einem Jojo-Effekt, mit einem weiteren oder erneuten Gewichtsanstieg?

☐ ja ☐ nein

Schule/Freizeit

Welche Schule besucht Ihr Kind?

☐ Grundschule ☐ Oberschule ☐ Gymnasium ☐ Förderschule

Aktuelle Klasse:

.....

Nimmt Ihr Kind am Schulsport teil? ☐ ja ☐ nein

Wird/wurde Ihr Kind von Mitschülern aufgrund seines Gewichts gehänselt? ☐ ja ☐ nein

Wie legt Ihr Kind den Schulweg zurück?

☐ zu Fuß ☐ Fahrrad/Roller ☐ ÖPNV ☐ Auto/Fahrdienst

Dauer für eine Strecke: min

.....

Geht Ihr Kind einer sportlichen Betätigung nach?
(bspw. Vereinssport, Fitness-Studio, GTA,)

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche und wie häufig?

.....

.....

Medienzeit

Stunden/ Tag

was?

.....

Familie

Vater

Geburtsdatum:

.....

Geburtsland:

.....

Gewicht:

kg

.....

Größe:

cm

.....

berufstätig:

☐ ja

☐ nein

.....

Ausbildung:

.....

ausgeübter Beruf:

.....

Sie arbeiten in: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Schichtdienst

.....

Mutter

Geburtsdatum:

.....

Geburtsland:

.....

Gewicht:

kg

.....

Größe:

cm

.....

berufstätig:

☐ ja

☐ nein

.....

Ausbildung:

.....

ausgeübter Beruf:

.....

Sie arbeiten in: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Schichtdienst

.....

Geschwister

☐ ♀ ☐ ♂

Geburtsjahr:

.....

Größe:

cm

Gewicht:

kg

.....

☐ ♀ ☐ ♂

Geburtsjahr:

.....

Größe:

cm

Gewicht:

kg

.....

☐ ♀ ☐ ♂

Geburtsjahr:

.....

Größe:

cm

Gewicht:

kg

.....

☐ ♀ ☐ ♂

Geburtsjahr:

.....

Größe:

cm

Gewicht:

kg

.....

☐ ♀ ☐ ♂

Geburtsjahr:

.....

Größe:

cm

Gewicht:

kg

.....

Familiäre Vorerkrankungen

Bestehen in Ihrer Familie folgende Erkrankungen:

Bsp. Großvater mütterlicherseits

Bluthochdruck

☐ nein

☐ ja, wer?

.....

Diabetes/Zuckerkrankheit (auch in Schwangerschaft)

☐ nein

☐ ja, wer?

.....

Gicht

☐ nein

☐ ja, wer?

.....

erhöhte Blutfette

☐ nein

☐ ja, wer?

.....

Fettleber

☐ nein

☐ ja, wer?

.....

Durchblutungsstörung (Herzinfarkt/Schlaganfall) ☐ nein ☐ ja, wer?

genetische Erkrankung/Syndrom ☐ nein ☐ 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? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

(insb. Kortisonpräparate | AD(H)S- oder Epilepsie-Medikamente | Antidepressiva | Psychopharmaka)

Wenn ja, welche?

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was und wann?

Schnarcht Ihr Kind? ☐ ja ☐ nein

Besteht bei Ihrem Kind tagsüber eine ausgeprägte Müdigkeit? ☐ ja ☐ nein

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Psycho- oder Verhaltenstherapie? ☐ ja ☐ nein

(ambulant oder (tages)stationär | Name des Therapeuten/der Klinik | Zeitraum)

Wenn ja, was und wann?

Haben Sie (mit Ihrem Kind) schon einmal eine Ernährungsberatung aufgesucht? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis?

Vielen Dank!

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r