

Eingangsdokumentation in der Adipositassprechstunde am . .20 .

Name, Vorname des Patienten:

Geburtsdatum:

Wer hat Sie zu uns geschickt? (Kinderarzt, Schule, Fachklinik)

Vorstellungsgrund:

Sind schon Maßnahmen erfolgt (Blutentnahme, Röntgenbild, Ernährungsberatung, Kur etc.):

Besteht bei Ihrem Kind „Leidensdruck“ aufgrund der Beschwerden:

ja / nein

in welcher Form?

Gibt es bei ihrem Kind Vorerkrankungen (z.B. Lungenentzündungen, Blinddarmentzündung etc.)

Sind bei Ihrem Kind chronische Erkrankungen bekannt (z.B. Asthma bronchiale, Allergien, Schilddrüsenfunktionsstörungen) ?

Welche?

Wurde Ihr Kind schon operiert?

Wann?

Welche OP? (Paukenröhrchen, Blinddarm-, Mandeloperation, Beschneidung)

Vorherige Krankenhausaufenthalte:

Wann:

Warum:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche:

z.B. Vitamin-D, L-Thyroxin, Asthma-Mittel)

Ja / nein

Welche?

Gab es während der Schwangerschaft Probleme? (Schwangerschaftsdiabetes, Gewicht, Fehlgeburt)

ja / nein

welche:

Gab es während der Entbindung und/oder kurz danach Probleme?

ja / nein

welche:

Geburtsdaten des Kindes:

Schwangerschaftswoche: Gewicht: Länge: Kopfumfang:

APGAR: Nabelschnur-pH: Stillen: ja / nein

Gab es Auffälligkeiten bei den U-Untersuchungen beim Kinderarzt?

ja / nein

welche:

Wann wurden Entwicklungsmeilensteine erreicht?

Sitzen..... Mo/ LaufenMo/ Worte.....Mo/ 1.Zahn.....Mo/ sauber.....Mo

Erhält Ihr Kind Krankengymnastik, Logopädie oder Ergotherapie?

ja / nein

welche und warum:

Gibt es Besonderheiten in der Ernährung? (z.B. vegetarisch, vegan, laktosefrei, glutenfrei)

ja / nein

welche:

Zeigt Ihr Kind einen auffälligen Appetit? (zu viel, zu wenig, sehr wählerisch, immer hungrig)

Gibt es Stuhlauffälligkeiten: (z.B. Durchfall, Verstopfung, Schmerzen, Blutauflagerungen)

ja / nein

welche:

Leidet Ihr Kind an weiteren Symptomen: (Bauch-, Kopfschmerzen, Unruhe, Müdigkeit)

ja / nein

welche:

Ist Ihr Kind schlecht belastbar? (keine Kraft, keine Ausdauer, Wutanfälle)

ja / nein

welche Form:

Ist Ihr Kind grundsätzlich emotional ausgeglichen?

Wie ist das Schlafverhalten?

(Einschlaf-, Durchschlafprobleme, Schnarchen, wieviel Stunden, wann ins Bett, wann Aufstehen, nächtliches Erwachen etc.)

Bei jugendlichen Mädchen: ist die Menstruation vorhanden? ja / nein

Wann trat die 1. Monatsblutung auf? Im Alter vonJahren

Gibt es Zyklusunregelmäßigkeiten: ja / nein.

welche (z.B. nur alle 8 Wochen, Zwischenblutungen):

Schule:

Schulform: Grund-, Haupt-, Real-, Gesamt-, Förderschule, Gymnasium

welche Klasse:

Wie sind die schulischen Leistungen:

sehr gut-gut: mittel: schlecht:

Besonderheiten oder Schulprobleme:

Hohe Anzahl von Schulfehltagen?

ja / nein

wenn ja, aus welchem Grund:

Hat es Mobbing Erfahrung in der Schule?

wenn ja, welche?

Bewegungsanamnese:

Sportverein:

ja / nein

wenn ja, Anzahl der Wochenstunden, Frequenz, Sportart:

Hobbies:

Freizeitaktivitäten:

Schulweg (z.B. zu Fuß, Fahrrad, Auto, Bahn/Bus, Entfernung):

Medienanamnese:

Bildschirmzeit (Stunden/Tag):(TV, Computer, Handy, Tablet)

Gewichtsverlauf bisher (wann hat das Übergewicht begonnen, wann extreme Gewichtszunahme?

Zusammenhang mit bestimmten Lebensereignissen? Hat Ihr Kind schon einmal abgenommen oder dies versucht?):

Fragen zur Familie/Soziales:

Eltern leben zusammen: ja / nein
 Eltern leben getrennt ja / nein
 Kind lebt bei _____
 Weitere Betreuungspersonen _____

Geburtsland:

Patient: geb. in: _____
 Wenn nicht D, seit wann in D: _____
Mutter: geb. in _____
 Wenn nicht D, seit wann in D: _____
Vater: geb. in: _____
 Wenn nicht D, seit wann in D: _____

Familienanamnese:

Mutter: Geb. Datum: _____
 Größe: Gewicht: BMI
 Erkrankungen:

Vater: Geb. Datum: _____
 Größe: Gewicht: BMI
 Erkrankungen:

Besteht die Möglichkeit, das Mutter und Vater verwandt sind (auch entfernt)?
 ja / nein

Berufstätigkeit der Eltern:

Beruf der **Mutter:**
 Ganztätig Teilzeit im Haushalt tätig
 Arbeitslos in Ausbildung oder Umschulung in Rente
 (bitte ankreuzen!)

Beruf des **Vaters:**
 Ganztätig Teilzeit im Haushalt tätig
 Arbeitslos in Ausbildung oder Umschulung in Rente
 (bitte ankreuzen!)

Geschwister:

- | | | |
|-----------------------------------------------|-------------|-----------------|
| 1) Bruder/Schwester/Halbbruder/Halbschwester: | Geb. Datum: | Größe/ Gewicht: |
| 2) Bruder/Schwester/Halbbruder/Halbschwester: | Geb. Datum: | Größe/ Gewicht: |
| 3) Bruder/Schwester/Halbbruder/Halbschwester: | Geb. Datum: | Größe/ Gewicht: |
| 4) Bruder/Schwester/Halbbruder/Halbschwester: | Geb. Datum: | Größe/ Gewicht: |

Gibt es in der Familie auffällig „große“ oder „kleine“ Familienmitglieder?

ja / nein

wer und wie:

Gibt es in der Familie, die sehr „früh“ oder „spät“ in die Pubertät gekommen sind?

ja / nein

wer und wie:

Wann trat die 1. Regelblutung (Menstruation) bei der Kindsmutter auf: mit _____ Jahren

Erkrankungen in der Familie (auch von Großeltern, Onkeln, Tanten etc.):

Übergewicht:

nein / ja (wenn ja, wer und ab welchem Alter):

Bluthochdruck:

nein / ja (wenn ja, wer und Alter bei der Diagnose):

hohe Harnsäure im Blut:

nein / ja (wenn ja, wer und seit wann):

hohes Cholesterin/ Fettstoffwechselstörung:

nein / ja (wenn ja, wer und seit wann):

Diabetes mellitus Typ 2:

nein / ja (wenn ja, wer und Alter bei der Erstmanifestation):

Herzinfarkte

nein / ja (wenn ja, wer und Alter bei Ereignis):

Schlaganfall

nein / ja (wenn ja, wer und Alter bei Ereignis):

Schilddrüsenerkrankung:

nein / ja (wenn ja, wer und Alter bei der Diagnose):

Lebensmittelauswahl des Kindes:

Wurst:

Käse:

Brotaufstrich:

Brot:

Kartoffeln/Reis/Nudeln:

Müsli/Cornflakes:

Gemüse:

Obst:

Milchprodukte:

Fleisch/Geflügel:

Fisch:

Eier:

Fette:

Zuckerhaltige Lebensmittel:

Fetthaltige Lebensmittel:

Fast Food:

Getränke:

Vorlieben und Meidung; Verweigerung:

Besonderheiten, Anmerkungen: