Datum:

Name, Vorname des Patienten:

Geburtsdatum:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

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

Ja / nein

Wenn ja welche?

Gibt es bei ihrem Kind Vorerkrankungen wie z.B. Lungenentzündung, Blinddarmentzündung etc.?

Ist Ihr Kind bereits operiert worden?

Ja / nein

Wenn ja, was wurde operiert?

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

Ja / nein

Wenn ja welche?

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

Geburtsdaten des Kindes

Schwangerschaftswoche:

Geburtsgewicht:

Länge:

Wurde Ihr Kind gestillt?

ja / nein

Wenn ja, wie lange?

Bestand ein Übergewicht, oder eine Adipositas des Vaters oder der Mutter vor der Schwangerschaft?

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):

Gibt es Auffälligkeiten beim Stuhlgang?

Regelmäßig, unauffällig, Neigung zu Verstopfung /Durchfall?

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

ja / nein

Wenn ja, welche:

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

ja / nein

Welche:

Erhält Ihr Kind Krankengymnastik, Logopädie oder Ergotherapie?

ja / nein

Wenn ja, welche Therapie und warum:

Gab es Auffälligkeiten beim Erreichen der Entwicklungsmeilensteine? (Sitzen, krabbeln, laufen...)

Gewichtsverlauf bisher (Wann hat das Übergewicht begonnen, wann die extreme Gewichtszunahme? Besteht ein Zusammenhang mit bestimmten Lebensereignissen? Hat Ihr Kind schon einmal abgenommen oder dies versucht?):

Bewegungsanamnese:

Macht Ihr Kind Sport in einem Sportverein?

ja / nein

Wenn ja: Anzahl der Wochenstunden, an welchen Tagen, welche Sportart:

Hobbies/Freizeitaktivitäten Ihres Kindes:

Wie kommt Ihr Kind zur Schule? (z.B. zu Fuß, Fahrrad, Roller, Auto, Bahn/Bus, Entfernung):

Medienanamnese:

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

Wie ist das Schlafverhalten?

(Ein- oder Durchschlafprobleme, Schnarchen, nächtliches Erwachen etc.)

Wieviel Stunden schläft Ihr Kind? (Zeiten wann ins Bett, wann Aufstehen)

Gibt es Besonderheiten in der Ernährung? (z.B. vegetarisch, vegan, Laktose frei, Gluten frei)

ja / nein

Wenn ja, welche Besonderheit:

Zeigt Ihr Kind einen auffälligen Appetit? (kein Sättigungsgefühl, sehr wählerisch, immer hungrig)

ja / nein

Wenn ja, welche Form:

Schule:

Welche Schulform besucht Ihr Kind:

Grundschule, Hauptschule, Realschule, Gesamtschule, Förderschule, Gymnasium

Welche Klasse:

Wie sind die schulischen Leistungen:

sehr gut-gut: mittel: schlecht:

Gibt es Besonderheiten oder Schulprobleme?

Hat oder hatte Ihr Kind einen ausgewiesenen Förderbedarf?

Besteht eine hohe Anzahl von Schulfehltagen?

ja / nein

Wenn ja, aus welchem Grund:

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

ja / nein

Wenn ja, welche Form:

Verspürt Ihr Kind einen Leidensdruck wegen des hohen Gewichts?

ja / nein

Wenn ja, welchen?

Hat Ihr Kind Mobbing Erfahrung in der Schule?

ja / nein

Wenn ja, welche?

Fragen zur Familie:

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:

Mutter:

Größe:

Gewicht:

BMI

Geb. Datum:

Erkrankungen:

Wann trat die 1. Regelblutung (Menstruation) bei der Kindsmutter auf?

Mit _____ Jahren

Vater:

Größe:

Gewicht:

BMI

Geb. Datum:

Erkrankungen:

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:

Besteht die Möglichkeit, dass 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)

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):

Nikotinkonsum in Familie:

Mutter nein / ja täglich – gelegentlich – bei Festen

Vater nein / ja täglich – gelegentlich – bei Festen

Alkoholkonsum in der Familie:

Mutter nein / ja täglich – gelegentlich – nur am Wochenende

Vater nein / ja täglich – gelegentlich – nur am Wochenende

Ernährungsverhalten:

Heißhunger:

Sättigungsgefühl:

Heimliches Essen:

Zwischendurchessen:

Portionsgrößen:

Essenstempo:

In welchen Situationen wird gegessen: (Mehrfachwahl möglich)

Langeweile
Stress
Frustration/Traurigkeit
Besuche
Alleine zu Hause

Vielen Dank!