

Medizinischer Fragebogen

**Name, Vorname des Patienten:**

**Datum:**

**Geburtsdatum:**

**Gewichtsverlauf bisher** Wann hat das Übergewicht begonnen, wann die extreme Gewichtszunahme? Besteht ein Zusammenhang mit bestimmten Lebensereignissen?

**Ernährungsverhalten:** (Mehrfachwahl möglich)

Heißhunger:

Sättigungsgefühl:

heimliches Essen:

Mahlzeitenpausen:

Zwischendurchessen:

Portionsgrößen:

Essenstempo:

**In welchen Situationen wird gegessen:** (Mehrfachwahl möglich)

Langeweile:

Stress:

Frustration/Traurigkeit:

alleine zu Hause:

etwas Anderes:

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

ja / nein

Wenn ja, welche Form:

**Gibt es Besonderheiten in der Ernährung?** (z.B. isst kein Gemüse/Obst, vegetarisch, vegan, laktosefrei, glutenfrei)

ja / nein

Wenn ja, welche Besonderheit:

**Bisherige Maßnahmen gegen das Übergewicht:** (z.B. Kur/Reha, Ernährungsberatung, Diät)

### **Bewegungsverhalten**

#### **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):

### **Mediennutzung**

Bildschirmzeit (Stunden/Tag): .....

Welche Medien: TV, Computer, Handy, Tablet, Gaming

### **Schlafverhalten**

Hat Ihr Kind Ein- oder Durchschlafprobleme, Schnarchen, nächtliches Erwachen etc.?

ja / nein

Wenn ja, welche:

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

**Geburtsdaten des Kindes**

Geburtsgewicht:                      Länge:                      Schwangerschaftswoche:

Probleme oder Komplikationen bei der Geburt oder kurz danach?

ja / nein

Wenn ja, welche:

**Wurde Ihr Kind gestillt?**

ja / nein

Wenn ja, wie lange?

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

ja / nein

Wenn ja, welche:

**Bei jugendlichen Mädchen: ist die Menstruation vorhanden?**

ja / nein

Wann trat die 1. Monatsblutung auf? Im Alter von .....Jahren

Gibt es Zyklusunregelmäßigkeiten:            ja / nein

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

**Gibt es Auffälligkeiten beim Stuhlgang?**

Regelmäßig, unauffällig, Neigung zu Verstopfung /Durchfall?

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

Ja / nein

Wenn ja, welche:

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?**

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

Ja / nein.

Wenn ja 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, sprechen usw. Erhielt Ihr Kind früher Krankengymnastik, Logopädie oder Ergotherapie?)

**Ist Ihr Kind bereits operiert worden?**

Ja / nein

Wenn ja, was wurde operiert?

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

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

**Fragen zur 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

Wenn nicht, 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: \_\_\_\_\_

**Berufstätigkeit der Eltern:**

**Beruf der Mutter:** \_\_\_\_\_

Vollzeit	<input type="checkbox"/>	arbeitssuchend	<input type="checkbox"/>	im Haushalt tätig	<input type="checkbox"/>
Teilzeit	<input type="checkbox"/>	in Ausbildung oder Umschulung	<input type="checkbox"/>	in Rente	<input type="checkbox"/>

(bitte ankreuzen)

**Beruf des Vaters:** \_\_\_\_\_

Vollzeit	<input type="checkbox"/>	arbeitssuchend	<input type="checkbox"/>	im Haushalt tätig	<input type="checkbox"/>
Teilzeit	<input type="checkbox"/>	in Ausbildung oder Umschulung	<input type="checkbox"/>	in Rente	<input type="checkbox"/>

**Mutter:**

Geb. Datum:	Gewicht:	Größe:	BMI:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Erkrankungen:** (z.B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Adipositas, Hypercholesterinämie, Schilddrüse)

**Gab es Maßnahmen gegen Adipositas?** (Medikamente,OP)

**Vater:**

Geb. Datum:	Gewicht:	Größe:	BMI:

**Erkrankungen:** (z.B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Adipositas, Hypercholesterinämie, Schilddrüse)

**Gab es Maßnahmen gegen Adipositas?** (Medikamente,OP)

**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

**Erkrankungen in der Familie (Großeltern, Geschwister der Eltern):**

**Bluthochdruck:**

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

**Schlaganfall**

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

**Herzinfarkte**

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

**Übergewicht/Adipositas**

nein / ja (wer und ab welchem Alter):

**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):

**Schilddrüsenerkrankung:**

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



**Nikotinkonsum in Familie:**

Mutter        nein / ja                    täglich – gelegentlich

Vater        nein / ja                    täglich – gelegentlich

**Alkoholkonsum in der Familie:**

Mutter        nein / ja                    täglich – gelegentlich

Vater        nein / ja                    täglich – gelegentlich

**Vielen Dank!**

Bitte schicken Sie uns die ausgefüllten Fragebogen und ggf. das Ernährungsprotokoll so schnell wie möglich zu!

Unsere Postadresse:

Universitätsklinikum Bonn  
Eltern-Kind-Zentrum  
KEDAS- Adipositascoaching  
Venusberg-Campus 1  
53127 Bonn

Sie können uns alle Unterlage auch gerne per Mail zusenden: [ddud@ukbonn.de](mailto:ddud@ukbonn.de)

**Sie erklären sich so damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten unverschlüsselt an uns gesendet werden.**

Bitte bringen Sie in diesem Fall die Originale zu der Beratung mit!