

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)

Frage 3
ja / nein

Wenn ja, welche:

Bei jugendlichen Mädchen: ist die Menstruation vorhanden?

ig / nein

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

Gibt es 7zyklusunregelmäßigkeiten: 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 Mobbingerfahrung 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		arbeitssuchend		im Haushalt tätig	
Teilzeit		in Ausbildung oder Umschulung		in Rente	

(bitte ankreuzen)

Beruf des Vaters: _____

Vollzeit		arbeitssuchend		im Haushalt tätig	
Teilzeit		in Ausbildung oder Umschulung		in Rente	

Mutter:

Geb. Datum:	Gewicht:	Größe:	BMI:

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):

Herzinfarke

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:

Universität klinikum Bonn
Eltern-Kind-Zentrum
KEDAS- Adipositascoaching
Venusberg-Campus 1
53127 Bonn

Sie können uns alle Unterlage auch gerne per Mail zusenden: 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!