

Formular

# Anamnesefragebogen Kinderendokrinologie

Nummer: FO-18840 Gültig ab: Gültig ab

Endokrinologikum Ulm  
Keltergasse 1  
89073 Ulm

Liebe Eltern,  
wir (das Team der **Hormonsprechstunde für Kinder und Jugendliche** im ENDOKRINOLOGIKUM)  
möchten Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.  
Vielen Dank.

Name/Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Kind: \_\_\_\_\_

Vollständige Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ beruflich/mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter (**nicht Krankenkasse! Name von Mutter oder Vater**):

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt (**Name, Adresse und Telefon**):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Erfolgte die Geburt zum errechneten Termin: ja  / nein  Woche: \_\_\_\_\_
- normal:  / Kaiserschnitt:  / andere: \_\_\_\_\_
- Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Länge: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm
- Apgar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (**Angaben im gelben Untersuchungsheft 1. Seite**)
- Ist das Kind ein Zwilling? ja  / nein  Wurde es adoptiert? ja  / nein
- Geschwister/Alter: \_\_\_\_\_
- Nationalität des Kindes: \_\_\_\_\_
- Nationalität der Mutter: \_\_\_\_\_ Größe der Mutter: \_\_\_\_\_ cm
- Pubertätsbeginn der Mutter mit: \_\_\_\_\_ Jahren; 1. Menstruation der Mutter mit \_\_\_\_\_ Jahren
- Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_
- Nationalität des Vaters: \_\_\_\_\_ Größe des Vaters: \_\_\_\_\_ cm
- Pubertätsbeginn des Vaters mit: \_\_\_\_\_ Jahren
- Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_
- Durchgemachte ernste Krankheiten des Kindes: \_\_\_\_\_

Formular

# Anamnesefragebogen Kinderendokrinologie

Nummer: FO-18840 Gültig ab: Gültig ab

- Bestehen in der Familie (auch Großeltern) chronische Krankheiten
- (z. B. Diabetes, Allergien, Krebserkrankungen)?  
ja  / nein
- wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Bekommt Ihr Kind Medikamente (auch Pille, Vitamine, Mineralstoffe angeben)?  ja  nein  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Musste Ihr Kind früher oder muss es zurzeit wegen einer Krankheit öfter zum Arzt gehen?  
 nein  ja, wegen \_\_\_\_\_
- Musste Ihr Kind schon einmal operiert werden?  
 nein  ja, wegen \_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahr(en).
- Was für eine Schule besucht Ihr Kind? \_\_\_\_\_
- Welche Klasse? \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind Probleme in der Schule? \_\_\_\_\_
- Geht Ihr Kind noch in die Schule?  ja  nein,  
sondern \_\_\_\_\_
- Isst Ihr Kind:  normale Mischkost  Vegetarisch  vegan  einseitig
- Raucht Ihr Kind:  nein  selten  regelmäßig, \_\_\_\_\_ Zig./Tag
- Trinkt Ihr Kind Alkohol:  nein  selten  regelmäßig
- Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport?  nein  ja  
Sportart: \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_ mal/Woche
- Ist Ihr Kind in einem Sportverein?  nein  ja  
Sportart: \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_ mal/Woche
- Wann hat die Scham- und Achselbehaarung begonnen? \_\_\_\_\_ Jahr(en).
- Mein Kind hat noch keine Scham- und Achselbehaarung

Formular

# Anamnesefragebogen Kinderendokrinologie

Nummer: FO-18840 Gültig ab: Gültig ab

## Nur für Mädchen!

- Ich habe noch keine  Brustentwicklung  Menstruation (Regelblutung)
- Meine Brust hat begonnen zu wachsen, als ich \_\_\_\_\_ Jahre alt war.
- Ich habe mit \_\_\_\_\_ Jahren erstmals meine Menstruation (Regelblutung) bekommen.
- Der 1. Tag meiner letzten Menstruation (Regelblutung) war am \_\_\_\_\_, davor am \_\_\_\_\_
- Ist der Abstand zwischen den Regelblutungen regelmäßig, z.B. alle 4 Wochen?
  - ja, alle 4 Wochen
  - nein, mit Abständen zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_  Tagen  Wochen  Monaten
- Hast Du Schmerzen vor/während der Menstruation (Regelblutung)?  nein  ja  
 Wenn ja, was hilft Dir dann?  Wärme  Ruhe  Bewegung  Medikamente  
 Welche? \_\_\_\_\_ (Name des Schmerzmittels)
- Erfolgte die HPV-Impfung  erfolgt  noch nicht erfolgt

**Mit der Erfassung dieser Daten in der Krankenakte meines Kindes bin ich Einverstanden.**

**Unterschrift der Eltern:** \_\_\_\_\_