

# Fragebogen Kinderendokrinologie

**Nummer: FO-10649**    **Gültig ab: Gültig ab**

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: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

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

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Überweisender Kinderarzt (Adresse und Telefon):  
\_\_\_\_\_

Soll ein Bericht an den Kinderarzt geschickt werden?      ja  / nein

Erfolgte die Geburt zum errechneten Termin:      ja  / nein  Woche: \_\_\_\_\_

Normal:/ Kaiserschnitt:  / andere: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g      Länge: \_\_\_\_\_ cm      Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

kein U-Heft dabei

Apgar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Angaben im gelben Untersuchungsheft 1. Seite)

Ist das Kind ein Zwilling? ja  / nein

Wurde es adoptiert? ja  / nein

Geschwister: \_\_\_\_\_

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:  
\_\_\_\_\_

Bestehen in der Familie (auch Großeltern) chronische Krankheiten (z.B. Diabetes, Allergien,  
Krebserkrankungen)? ja  / nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Kind Medikamente? ja  / nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern/Patient: \_\_\_\_\_