

Fragebogen | Hormonsprechstunde Kinder- und Jugendliche

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 _____

Hauptversicherer _____ Geb.-Datum _____

Überweisender Kinderarzt (Adresse und Telefon) bzw. Hausarzt

Soll ein Arztbrief geschrieben werden? Nein Ja, an: Hausarzt
 Überweiser
 Anderen Arzt

Ich bin einverstanden, dass bei Bedarf meine alten Befunde von anderen Ärzten angefordert werden. Nein Ja

Erfolgt die Geburt zum errechneten Termin Ja Nein, in Woche _____

normal Kaiserschnitt andere _____

Geburtsgewicht _____ g Länge _____ cm Kopfumfang _____ cm

Apgar _____ / _____ / _____ (Angaben im gelben Untersuchungsheft 1. Seite)

Ist das Kind ein Zwilling? Nein Ja

Wurde es adoptiert? Nein Ja

Geschwister _____

Nationalität des Kindes _____

Nationalität der Mutter _____

Größe der Mutter _____

Pubertätsbeginn der Mutter mit _____ Jahren. 1. Menstruation der Mutter mit _____ Jahren.

Beruf der Mutter _____

Nationalität des Vaters _____

Größe des Vaters _____

Pubertätsbeginn des Vater mit _____ Jahren.

Beruf der Mutter _____

Durchgemachte ernste Krankheiten des Kindes

Bestehen in der Familie (auch Großeltern) chronische Krankheiten (z.B. Diabetes, Allergien, Krebserkrankungen)? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Bekommt Ihr Kind Medikamente? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Datum/Unterschrift Patienten/in /Eltern oder Vertretungsberechtigte