

# Fragebogen zur Diagnostik von Wachstums- oder Pubertätsstörungen und hormonellen Erkrankungen

Liebe Eltern,  
Sie stellen uns heute Ihr Kind zur endokrinologischen Mitbeurteilung von z.B. Störungen der Größe- und Reifeentwicklung oder hormonellen Fragestellungen vor. Um das Problem und dessen Ursache besser beurteilen zu können, haben wir einen Fragebogen erstellt, der die Vorgeschichte Ihres Kindes und seinen jetzigen Zustand erfassen soll. Wir bitten Sie, uns vorab diesen Fragebogen auszufüllen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

---

## Allgemeines

Nachname und Vorname des Kindes:

.....  
Geburtstag:

.....  
E-Mail Adresse:

.....  
Telefonnummer / Handynummer:

.....  
Vorstellungsgrund (warum sind Sie mit Ihrem Kind bei uns?)

.....  
Wer hat sie zu uns überwiesen?

---

## Schwangerschafts- und Geburtsanamnese

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft (bei Mutter und/oder Kind)?

.....  
Wie war die Geburt?

normal (spontan)     Kaiserschnitt (Sectio)

Zangengeburt         Vakuumextraktion (Saugglocke)

Wenn nicht normal, warum?

.....  
Gewichtszunahme in der Schwangerschaft: ..... kg

Schwangerschaftswoche: ..... Woche

Geburtslänge: ..... cm

Geburtsgewicht: ..... gr.

Kopfumfang: ..... cm

---

**Entwicklung und aktueller Gesundheitszustand Ihres Kindes**

Wie verlief die Entwicklung Ihres Kindes?

normal

nicht normal

Wenn nicht normal, warum?

.....

Wann konnte Ihr Kind laufen?      Im Alter von ..... Monaten

Wann konnte Ihr Kind sprechen?      Im Alter von ..... Monaten

Wie ist der Appetit Ihres Kindes?

gut

mäßig

schlecht

Vorlieben beim Essen:

.....

Abneigungen beim Essen:

.....

Unverträglichkeiten von:

.....

Bauchschmerzen bei:

.....

Stuhlhäufigkeit ..... mal pro Tag

Wie ist die Stuhlbeschaffenheit Ihres Kindes?

normal

weich

fest

Hat Ihr Kind vermehrt Blähungen?

ja

nein

Hat Ihr Kind Allergien?

ja  nein

Wenn ja, welche?

.....

Hat ihr Kind ersthafte Vorerkrankungen?

ja  nein

Wenn ja, welche?

.....

Nimmt Ihr Kind dauerhaft Medikamente oder hat es dauerhaft Medikamente eingenommen?

ja  nein

Wenn ja, welche?

.....

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

ja  nein

Wenn ja, warum?

.....

Ist die erste Monatsblutung schon aufgetreten?

ja  nein

Wenn ja, wann?

.....

**Alltag und Interessen**

Besucht Ihr Kind einen Kindergarten?

ja  nein

wenn ja, welchen?

.....

Besucht Ihr Kind eine Schule?

ja  nein

wenn ja, welche?

.....

In welche Klasse geht Ihr Kind?

.....

Hobby's:

.....

---

**Familienanamnese**

**Geschwister (bitte auch Halbgeschwister mit angeben):**

Name	Geschlecht	Alter	Körpergröße

**Mutter:**

Größe ..... cm

Gewicht ..... kg

Alter ..... Jahre

Alter bei der ersten Monatsblutung: ..... Jahre

Erkrankungen:

.....

Beruf:

.....

**Vater:**

Größe ..... cm      Gewicht ..... kg      Alter ..... Jahre

Pubertätsentwicklung/ Wachstumsschub:  früh     normal     spät

Erkrankungen:

.....

Beruf:

.....

**Familiäre Erkrankungen:**

Erkrankung	wer ist davon betroffen?	mütterlicherseits	väterlicherseits
Schilddrüsenerkrankungen		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fettstoffwechselstörungen (Cholesterin)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übergewicht		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**sonstige/weitere gesundheitliche familiäre Besonderheiten:**

.....