

## Allgemeine Patientendaten Pädiatrie

Liebe Eltern,

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

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

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

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

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

Hauptversicherer: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Überweisender Kinderarzt (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, ggf. nur 2 Werte)

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?: \_\_\_\_\_