

Anmeldung Endokrinologische Ambulanz

Medizinisches Versorgungszentrum

Klinikstraße 11

78052 Villingen-Schwenningen

Telefon +49(0)772193-4261

Fax +49(0)772193-94269

E-Mail mvz-kin@sbk-vs.de

Praxis – Stempel

Eine Terminvergabe zur Erstuntersuchung erfolgt nur bei Vorlage dieses Anmeldeformulars inkl. der Wachstumsdaten und des Anamnesebogens

Patientendaten:

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____

Email _____

Diagnose: _____

Indikation: _____

Medikation: _____

Geburtsanamnese:

Gestationsalter: _____

Geburtsgewicht: _____ g

Geburtslänge: _____ cm

Wachstumsdaten: Bitte die Wachstumsdaten (Größe, Gewicht) aus den Vorsorgeuntersuchungen anhängen bzw. in der angefügten Tabelle eintragen

Vordiagnostik (falls vorhanden): Befunde bitte anfügen

Labor

Skeletalterbestimmung

Datum

Unterschrift

Wachstumsdaten

(durch Praxis oder Eltern auszufüllen, bitte Daten aus dem U-Heft eintragen)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

	Datum	Größe	Gewicht
U1			
U2			
U3			
U4			
U5			
U6			
U7			
etc			

Anamnesebogen Endokrinologische Ambulanz

(von den Eltern auszufüllen)

Name, Vorname: _____ geb. _____

Schwangerschaftsverlauf und Geburt:

Gab es während der Schwangerschaft irgendwelche Besonderheiten? ja nein

Wenn ja welche: _____

In welcher Schwangerschaftswoche wurde ihr Kind geboren? _____ Woche

Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt? _____ cm

Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt? _____ kg

Wie groß war der Kopfumfang bei Ihrem Kind bei der Geburt? _____ cm

Gab es während der Geburt irgendwelche Besonderheiten? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Wachstumsanamnese Ihres Kindes:

War Ihr Kind schon immer kleiner/größer als gleichaltrige Kinder? ja nein

Gehört Ihr Kind zu den kleinsten/größten in der Klasse? ja nein

Klagt Ihr Kind über Schmerzen in den Knochen oder Gelenken? ja nein

Leidet Ihr Kind unter Kleinwuchs? ja nein

Welche Schule besucht Ihr Kind? _____

Welche Klasse besucht Ihr Kind zurzeit? _____

Wie sind die schulischen Leistungen Ihres Kindes? _____

Vorerkrankungen des Kindes:

Hat Ihr Kind eine chronische Krankheit? ja nein

Wenn ja welche: _____

Ist Ihr Kind häufig krank? ja nein

Wenn ja, wie oft im Jahr? _____

Welche Krankheiten? _____

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind einen gesunden Appetit? ja nein

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein

Wenn ja, gegen was: _____

Hat Ihr Kind häufig Bauchschmerzen? ja nein

Hat Ihr Kind regelmäßigen Stuhlgang? ja nein

Leidet Ihr Kind unter häufigem Durchfall? ja nein

Leidet Ihr Kind unter häufigen Verstopfungen? ja nein

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? ja nein

Wenn ja, warum: _____

Hatte Ihr Kind schon einmal einen schweren Unfall? ja nein

Wenn ja, was ist passiert: _____

Entwicklung des Kindes:

Hat Ihr Kind sich Ihrer Ansicht nach normal entwickelt? ja nein

Wenn nein, was fanden Sie auffällig? _____

In welchem Alter konnte Ihr Kind Laufen? Mit _____ Monaten

Wann hat Ihr Kind mit dem Sprechen begonnen? Mit _____ Monaten

Pubertätsentwicklung:

Jungen:

Beginn Schambehaarung? Mit _____ Jahren

Beginn Stimmbruch? Mit _____ Jahren

Beginn Bartwuchs? Mit _____ Jahren

Mädchen:

Beginn Brustentwicklung? Mit _____ Jahren

Beginn Schambehaarung? Mit _____ Jahren

Beginn Periodenblutung? Mit _____ Jahren

Familienanamnese:

Mutter:

Wie groß sind Sie? _____ cm

Wann hatten Sie Ihre erste Periodenblutung? Mit _____ Jahren

Wann waren Sie ausgewachsen? Mit _____ Jahren

Woher stammt Ihre Familie? _____

Vater:

Wie groß sind Sie? _____ cm

Wann haben Sie begonnen sich regelmäßig zu rasieren? Mit _____ Jahren

Wann waren Sie ausgewachsen? Mit _____ Jahren

Woher stammt Ihre Familie: _____

Geschwister:

Haben Sie noch andere Kinder ja nein

Junge Mädchen Name: _____ Alter: _____ Jahre Größe _____ cm

Junge Mädchen Name: _____ Alter: _____ Jahre Größe _____ cm

Junge Mädchen Name: _____ Alter: _____ Jahre Größe _____ cm

Junge Mädchen Name: _____ Alter: _____ Jahre Größe _____ cm

Junge Mädchen Name: _____ Alter: _____ Jahre Größe _____ cm

Ist sonst jemand in der Familie auffallend klein oder groß? ja nein

Wenn ja, wer: _____

Sonstiges:

Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Datum

Name/Unterschrift