

## Fragebogen zur Erstvorstellung in der kinderendokrinologischen Sprechstunde

Liebe Eltern, liebe Patient:innen,  
um die Erstvorstellung in unserer Sprechstunde zeitlich effektiv zu gestalten, bitten wir Sie, folgenden Fragebogen (ggf. mit Kinderärzt:in) auszufüllen und uns idealerweise im Vorfeld zukommen zu lassen.

### **WICHTIG**

Machen Sie sich und Ihrem Kind bitte bewusst, dass zu jeder Vorstellung die körperliche Untersuchung gehört, die im Falle der Kinderendokrinologie meist die Begutachtung der Geschlechtsorgane (Brust, Vulva, Penis, Hoden) einschließt.

Je nach Fragestellung wird ebenfalls eine Blutentnahme erforderlich werden.

Bereiten Sie Ihr Kind bitte entsprechend vor.

Herzlichen Dank!  
Ihr Ambulanzteam

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Sorgerechtsstatus (Bei wem lebt das Kind? Wer hat das Sorgerecht?)

\_\_\_\_\_

Vorstellungsgrund (lt. Überweisung):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte immer mit angeben:

Körperlänge \_\_\_\_\_ cm      Datum der Messung: \_\_\_\_\_

Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg      Datum der Messung: \_\_\_\_\_

Sollte die Vorstellung zur Abklärung eines Minder-/Hochwuchses oder zur Abklärung von Störungen im Pubertätsverlauf erfolgen, ist immer die Angabe der Pubertätsstadien erforderlich. Lassen Sie sich hierbei von Ihrer/Ihrem Kinderärzt:in unterstützen.

P: \_\_\_\_\_ (Status der Genitalbehaarung)

B: \_\_\_\_\_ (Status der Brustentwicklung)

Hodenvolumen: \_\_\_\_\_ (palpatorisch mit Hilfe des Orchidometers bestimmt)

---

### Schwangerschafts-/Geburtsanamnese

Krankheiten in der Schwangerschaft:  nein  ja: \_\_\_\_\_  
(Diabetes, Bluthochdruck, ...)

Medikamente in der Schwangerschaft:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Nikotin-/Alkohol-/Drogenkonsum in der Schwangerschaft:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Schwangerschaftsdauer (Wochen + Tage): \_\_\_\_\_

Andere Auffälligkeiten in der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_

Art der Entbindung (vaginal, Kaiserschnitt): \_\_\_\_\_

Geburtslänge: \_\_\_\_\_ cm      Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g      Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

Auffälligkeiten nach der Geburt: \_\_\_\_\_  
(Trinkschwäche, Fototherapie, Neugeboreneninfektion, auffälliges Neugeborenencreening, ...)

---

### Kleinkindliche Entwicklung

Auffälligkeiten in der Entwicklung des Kindes (sitzen, stehen, laufen, sprechen, Sozialverhalten)

Falls ja: \_\_\_\_\_

Durchbruch 1. Zahn: \_\_\_\_\_      Alter bei erster Zahnlücke: \_\_\_\_\_

Kinderkrankheiten (Scharlach, Ringelröteln, Windpocken, Hand-Fuß-Mund etc.)

Falls ja: \_\_\_\_\_

---

### Krankheitsvorgeschichte

Besteht eine Infektneigung?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Allergien:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Operationen:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen  nein  ja: \_\_\_\_\_

Dauermedikation  nein  ja: \_\_\_\_\_

Impfkalender vollständig  ja  nein: \_\_\_\_\_

---

### Familienanamnese

Größe der Mutter: \_\_\_\_\_ cm      Alter bei erster Regelblutung: \_\_\_\_\_

Größe Oma mütterlicherseits \_\_\_\_\_ cm      Größe Opa mütterlicherseits \_\_\_\_\_

Größe des Vaters: \_\_\_\_\_ cm      Alter bei erster Rasur: \_\_\_\_\_

Größe Oma väterlicherseits \_\_\_\_\_ cm      Größe Opa väterlicherseits \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen in der Familie (Asthma, Schlaganfall, Herzinfarkt, Diabetes mellitus, Krebs..)

Falls ja: \_\_\_\_\_