

## Anamnesebogen Endokrinologie ZKJ

### 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 von 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 manchmal 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 zur Zeit: \_\_\_\_\_

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 zur Zeit 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:

\_\_\_\_\_  
Name / Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

*Besten Dank, dass Sie den Fragebogen ausgefüllt haben!*