

Name:

Geburtsdatum:

Geburt: Schwangerschaftswoche

Gewicht

Länge

Kopfumfang

Mutter: Geburtsdatum Größe Gewicht

Beginn Pubertät?

Diabetes mellitus?

Fettstoffwechselstörung?

Herzinfarkt/Schlaganfall?

Vater: Geburtsdatum Größe Gewicht

Beginn Pubertät?

Diabetes mellitus?

Fettstoffwechselstörung?

Herzinfarkt/Schlaganfall?

Geschwister: Geburtsdatum Größe Gewicht

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Herzinfarkt/Schlaganfall in der Familie? Wer?

Erhöhte Blutfette in der Familie? Wer?

Übergewicht in der Familie? Wer?

In welche Schule / Klasse geht Ihr Kind?

Welchen Sport macht Ihr Kind und wie oft?

Was sind die Freizeitaktivitäten?

Wie lange am Tag Fernsehen?

Wie lange am Tag Computer?

Wann ist Übergewicht zum ersten Mal aufgefallen?

Hat Ihr Kind Gelenkbeschwerden?

Schnarcht Ihr Kind? Tagesmüdigkeit? Ist das Kind morgens verschwitzt?

Hat Ihr Kind Vorerkrankungen?

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

Besteht Diabetes mellitus?

Wird eine Therapie durchgeführt?

Bisherige Körpermasse:

Datum	Gewicht	Länge

Hautfaldendicke triceps:

Hautfaldendicke subscapular:

Bauchumfang (auf Bauchnabelhöhe):

Oberarmumfang (gemessen in der Mitte des Oberarmes):