

Pat.-Name..... Geburtsdatum.....

Fragebogen U11

Zum Lebensumfeld, zu bekannten Erkrankungen / Entwicklungsstörungen des Kindes und zu familiären Erkrankungen

Die Früherkennung von Erkrankungen gelingt besonders gut, wenn wir Ärzte gut über Vorerkrankungen des Kindes und Erkrankungen der Familie informiert sind. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen zu bearbeiten.

Fragen zum Kind:

Nicht immer wissen Ärztinnen und Ärzte alles von ihren Patienten, so sind die Früherkennungsuntersuchungen willkommener Anlass zum Abgleich der Informationen.

Mit wem lebt das Kind in (häuslicher) Gemeinschaft? Mutter , Vater , Geschwister , andere

Geschwisteranzahl: _____

Sind Sie mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden ja nein

Besucht das Kind die Grundschule ja nein

Besucht das Kind eine andere Schule ja nein

Besucht das Kind den Hort ja nein

Sind Sie mit Freunden /Innen ihres Kindes zufrieden ja nein

Brachten Sie Schulzeugnisse, Klassenarbeitshefte mit ja nein

Besteht laut Schule eine Lese- Rechtschreibschwäche ja nein

Besteht laut Schule Rechenschwäche ja nein

Bestand / besteht bei dem Kind ein Sprachproblem ja nein

Besucht das Kind einen Sportverein ja nein

Steht ein PC / ein Fernseher im Kinderzimmer ja nein

Wie viel Stunden bewegt sich ihr Kind pro Tag < 1 1-3 > 3

Wie viel Std verbringt ihr Kind vor TV/PC/Spielekonsole pro Tag < 1 1-3 > 3

Welche weiteren Ärzte untersuchten/ behandelten das Kind: _____

Wurde das Kind operiert ja nein , wenn ja, was: _____

Gibt es Beschwerden anderer über das Verhalten des Kindes ja , wenn ja, welche: _____

Bisherige Beratungen: Schulpsychologie / Erziehungsberatung / Therapeuten ja wenn ja, welche:

Erkrankungen des Kindes:

Allergie nachgewiesen ja nein (Fieber)- Krämpfe ja nein

Asthma bronchiale ja nein Schilddrüsenerkrankung ja nein

Andere Lungenerkrankungen ja nein Adipositas ja nein

Fehlsichtigkeit/ nicht wg Alter ja nein Diabetes mellitus ja nein

gehäufte, lange Infekte ja nein Andere gefährliche Erkr. ja nein

Fragen zur Familie:

Zur Familie zählen: die Eltern und die Geschwister d. Kindes, die Geschw. d. Eltern und die Großeltern d. Kindes.

Ist ein Mitglied der Familie erkrankt an:

Schilddrüsenerkrankung ja nein / wen ja, wer.....

Diabetes mellitus ja nein / wen ja, wer.....

Fehlsichtigkeit ja nein / wen ja, wer.....

Epilepsie / auch Fieberkrämpfe ja nein / wen ja, wer.....

Herz- und Gefäßerkrankungen ja nein / wen ja, wer.....

Hypercholesterinämie ja nein / wen ja, wer.....

Adipositas ja nein / wen ja, wer.....

nachgewiesene Allergien ja nein / wen ja, wer.....

Asthma bronchiale ja nein / wen ja, wer.....

Andere Lungenerkrankungen. ja nein / wen ja, wer.....

Andere gefährliche Erkrankungen ja nein / wen ja, wer.....

Welche Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes haben Sie.....

.....