

Patientenfragebogen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Bitte bringen Sie diesen ausgefüllten Fragebogen sowie Vorbefunde von Ihrem Kinderarzt/Klinik zum Termin mit!

- Seit wann besteht bei Ihrem Kind Übergewicht?

- Wie sieht beispielhaft die Ernährung an einem Wochentag aus?

Mahlzeiten	Getränke
1. Frühstück	
2. Frühstück	
Mittag	
Nachmittag	
Abend	

- Wie viele Stunden wird täglich durchschnittlich TV/PC/Handy genutzt?

Wochentags

Wochenende

TV:

PC:

Handy:

- Sind Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?

- Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, bitte auflisten:

- Bestehen Auffälligkeiten im Schlaf (Schnarchen? Tagesmüdigkeit?)

- Welche und wieviel Bewegung erfolgt regelmäßig (Schulsport, Vereinssport)?
 - Schule: h/Woche
 - Vereinssport: h/Woche
 - Freizeitsport: h/Woche

- Was wurde bisher unternommen, um Gewicht zu reduzieren?

- Familienanamnese: Bitte kreuzen Sie an welche Erkrankungen vorkommen:

	Mutter	Vater	Großeltern ms	Großeltern vs
Diabetes mellitus Typ2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arterielle Hypertonie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt vor dem 55. Lj.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall vor dem 55. Lj.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte nennen Sie Körpergröße und Gewicht der Familienmitglieder:

	Größe (cm)	Gewicht (kg)
Mutter		
Vater		
Geschwister		
Großeltern		