

Dr.-Friedrich-Steiner-Straße 5 · 45711 Datteln Telefon: 02363 975-0 · Telefax: 02363 64211 info@kinderklinik-datteln.de · www.kinderklinik-datteln.de

■ Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln · Postfach 1351 · 45704 Datteln

Liebe Eltern,

Sie und ihr Kind interessieren sich für einen Termin in unserer Adipositas-Sprechstunde. Für Ihr Interesse bedanken wir uns sehr!

Weitere Informationen und einen Flyer finden Sie auf unserer Homepage der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln => www.obeldicks.de

Um die Vorstellung Ihres Kindes in unserer Sprechstunde optimal für Sie vorbereiten zu können, benötigen wir im Vorfeld von Ihnen einige Angaben und Unterlagen.

Bitte beachten Sie, dass wir alle Ihre Angaben selbstverständlich vertraulich behandeln!

Wir bitten Sie

- 1. das folgende Datenblatt mit dem Gesundheitsfragebogen vollständig und sorgfältig auszufüllen,
- 2. eine gültige Überweisung Ihrer Kinderärztin / Ihres Kinderarztes beizulegen
- → und diese Unterlagen komplett an folgende Adresse zu senden:

Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln "Obeldicks"-Ambulanz Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5 45711 Datteln

Tel.-Nr.: 02363 / 975 –349 Fax.-Nr.: 02363 / 975 – 218

Nach dem vollständigen Eingang aller Unterlagen melden wir uns bei Ihnen, um einen Termin mit Ihnen zu vereinbaren.

Bitte beachten Sie, dass eine Vorstellung in unserer Adipositas-Sprechstunde leider <u>ausschließlich</u> <u>durch Überweisung von einer Fachärztin/ einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin</u> möglich ist. Eine Vorstellung auf Überweisung durch z.B. eine Fachärztin / einem Facharzt für Allgemeinmedizin ("Hausärztin" / "Hausarzt") ist leider nicht möglich.

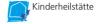
Mit freundlichen Grüßen

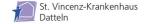
Ihr "Obeldicks"-Team













DATENBLATT

Nachname des Kindes:		Vorname:		
Geboren am:		Geschlecht:	O weiblich	O männlich
Adresse:				
Straße, Hausnummer:				
PLZ / Ort:				
Zu welchen Zeiten und unter w	elcher Rufnumm	er sind Sie gut zu erre	ichen?	
→ tagsüber im Zeitraum	Uhr	Rufnummer:		
im Zeitraum	Uhr	Rufnummer:		
→ nachmittags / abends ab	Uhr	Rufnummer:		
weitere Kontaktdaten:				
Handy:		E-Mail:		
Fax:		_		
Überweisende(r) Kinderärztin / Adresse der überweisenden Kil Straße, Hausnummer: PLZ / Ort: Telefon-Nr.: Name Ihrer Krankenkasse:	nderärztin/des ük	perweisenden Kindera	rztes:	
9-stellige Krankenkassen-Nr. /	Versicherungsnu	ımmer:		
Adresse der Krankenkasse:	_			
Telefon-Nr. des zuständigen M				
Ihr Kind ist versichert über		, geboren am		
Adresse:				
Straße, Hausnummer: PLZ / Ort:				
Talafan No.				



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name:			Geburtsdat	um:		
Aktuelle Größe: cm		Aktuelles Gewick	ht:	kg		
Geburt in der Schwangerschaftswoche	Größe bei (Geburt: cm	Gewicht bei	Geburt: _	kg	
Datum der U6 (ca. 1. Geburtstag)	Größe bei d	ler U6: cm	Gewicht bei	der U6: _	kgkg	
Datum der U7 (ca. 2. Geburtstag)	Größe bei d	ler U7: cm	Gewicht bei	der U7: _	kgkg	
Datum der U7a (ca. 3. Geburtstag): Größe bei d	ler U7a: cm	Gewicht bei	der U7a:	kg	
Datum der U8 (ca. 4. Geburtstag)	Größe bei d	ler U8: cm	Gewicht bei	der U8: _	kgkg	
Datum der U9 (ca. 5. Geburtstag)	Größe bei d	ler U9: cm	Gewicht bei	der U9: _	kg	
Die Daten zu Gewicht und Größe Sie diese in Ihrer Kinderarztpraxis		= =		· ·		
Größe der Mutter:		Größe des Vaters		cm		
Gewicht der Mutter:	kg	Gewicht des Vate	ers:	kg		
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (Insbesondere Kortisonpräparate, ADHS-Medikamente, Epilepsie-Medikamente, Antidepressiva, Psychopharmaka)?			(O Ja	O Nein	
Falls ja, welche?						
Bestehen bei Ihrem Kind bekannt	Vorerkrankun	gen?	(O Ja	O Nein	
Falls ja, welche?						



Schnarcht Ihr Kind?	0	Ja	0	Nein	
Besteht bei Ihrem Kind eine ausgeprägte Müdigkeit am Tag?	0	Ja	0	Nein	
Bestehen bei Ihrem Kind häufig Kopfschmerzen?	0	Ja	0	Nein	
Bestehen bei Ihrem Kind häufig Bauchschmerzen?	0	Ja	0	Nein	
Bestehen bei Ihrem Kind häufig Gelenkschmerzen ?	0	Ja	0	Nein	
Bestehen bei Ihrem Kind Essanfälle ohne Erbrechen?	0	Ja	0	Nein	
Bestehen bei Ihrem Kind Essanfälle mit Erbrechen?	0	Ja	0	Nein	
Wurde bei Ihrem Kind ein 6. Finger oder ein 6. Zeh operativ entfernt?	0	Ja	0	Nein	
In welchem Alter hat Ihr Kind angefangen zu laufen? (erste freie Schritte): Lebensmonat					
In welchem Alter hat Ihr Kind angefangen zu sprechen? (erste Worte, z.B. "M	lama", "I	Papa"):			
Lebensmonat					
In die wievielte Klasse geht Ihr Kind? Klasse					
Welche Schulform besucht Ihr Kind (z.B. Grundschule, Gesamtschule, Gymr	asium <i>e</i>	ato 12			
violence definition because in raina (2.5. Ordinasoriale, desarmostrale, dyfin	idolalli, ().(J.):			
Besteht/Bestehen in Ihrer Familie - d.h. bei Geschwistern, Eltern oder Große	Itern Ihre	es Kinde	es - ei	ne der	
folgenden Erkrankungen:		, , , , , , ,			
Wenn ja, dann bitte angeben bei wem!					
Beispiel:					
Bluthochdruck: Großvater mütterlicherseits X Ja	0	Nein			
Bluthochdruck: <i>Großvater mütterlicherseits</i> X Ja Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie)	0	Nein Ja	0	Nein	
Biddioditation 4/0/0/0/0/0/0/0/0/0/0/0/			0	Nein	
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie)	0	Ja			
Biddioditation 4/0/0/0/0/0/0/0/0/0/0/0/				Nein Nein	
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie)	0	Ja			
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft	0	Ja Ja	0	Nein	
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie)	0	Ja	0		
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft	0	Ja Ja	0	Nein	
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie)	0	Ja Ja Ja	0	Nein Nein	
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft	0	Ja Ja	0	Nein	
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie)	0	Ja Ja Ja	0	Nein Nein	
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie) Erhöhte Gichtwerte (Hyperurikämie)	0 0	Ja Ja Ja	0 0	Nein Nein Nein	
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie)	0	Ja Ja Ja	0	Nein Nein	
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie) Erhöhte Gichtwerte (Hyperurikämie)	0 0	Ja Ja Ja	0 0	Nein Nein Nein	
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie) Erhöhte Gichtwerte (Hyperurikämie) Fettleber (Steatosis hepatis)	0 0	Ja Ja Ja Ja	0 0	Nein Nein Nein	
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie) Erhöhte Gichtwerte (Hyperurikämie) Fettleber (Steatosis hepatis) Durchblutungsstörungen, wie z.B. Schlaganfälle oder Herzinfarkte, in jungen	0 0	Ja Ja Ja	0 0	Nein Nein Nein	
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie) Erhöhte Gichtwerte (Hyperurikämie) Fettleber (Steatosis hepatis)	0 0	Ja Ja Ja Ja	0 0	Nein Nein Nein	
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie) Erhöhte Gichtwerte (Hyperurikämie) Fettleber (Steatosis hepatis) Durchblutungsstörungen, wie z.B. Schlaganfälle oder Herzinfarkte, in jungen	0 0	Ja Ja Ja Ja	0 0	Nein Nein Nein	
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie) Erhöhte Gichtwerte (Hyperurikämie) Fettleber (Steatosis hepatis) Durchblutungsstörungen, wie z.B. Schlaganfälle oder Herzinfarkte, in jungen	0 0	Ja Ja Ja Ja	0 0	Nein Nein Nein	