

Stammdaten Patient

Nachname:

Vorname:

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Straße:

Land/PLZ/Ort:

Telefonnummer:

Handynummer:

E-Mail-Adresse:

Kostenträger:

Versichertennummer:

Medizinische Anamnese

Geburtsgröße (cm): Geburtsgewicht (g): SS-Dauer (Wochen):

Normalwerte gelten:

Ggf. Grad der Behinderung (%):

Endokrinologische Störungen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> MC4-Rezeptormutationen |
| <input type="checkbox"/> Adipositas bei Hypothyreose | <input type="checkbox"/> Morbus Cushing |
| <input type="checkbox"/> Cushing-Syndrom | <input type="checkbox"/> POMC-Mutationen |
| <input type="checkbox"/> genetisch bedingter Leptinmangel | <input type="checkbox"/> primärer Hyperinsulinismus/Wiedemann-Beckwith |
| <input type="checkbox"/> Kraniopharyngeom | <input type="checkbox"/> STH-Mangel |
| <input type="checkbox"/> Leptirezeptormutation | |

Mit Adipositas assoziierte Syndrome:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Sotos |
| <input type="checkbox"/> Laurence-Moon-Bardet-Biedel | <input type="checkbox"/> Trisomie 21 |
| <input type="checkbox"/> Prader-Willi | <input type="checkbox"/> Weaver |
| <input type="checkbox"/> Simpson-Golabi-Behmel | <input type="checkbox"/> anderes definiertes Syndrom |

Verdacht auf medikamenten-induzierte Adipositas:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Valproat |
| <input type="checkbox"/> Glukokortikoide | <input type="checkbox"/> Phenothiazine |
| <input type="checkbox"/> Insulingabe | <input type="checkbox"/> andere: |

Weitere chronische Erkrankungen:

Kinder- und Jugendarzt/Hausarzt

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Weitere mitbetreuende Ärzte/Einrichtung/Psychologen/Psychotherapeuten etc.

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Stammdaten Familie

Vater

Name:

Adresse (falls abweichend):

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

BMI:

Medizinische Anamnese:

- Bluthockdruck
- Fettstoffwechselstörung
- Diabetes mellitus
- Apoplex
- Myokardinfarkt
- Hyperurikämie

Ggf. Todesdatum

Mutter

Name:

Adresse (falls abweichend):

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

BMI:

Medizinische Anamnese:

- Bluthockdruck
- Fettstoffwechselstörung
- Diabetes mellitus
- Apoplex
- Myokardinfarkt
- Hyperurikämie

Ggf. Todesdatum

Geschwister:

Name(n):

Untersuchungsdatum:

Geburtsdatum

Geschlecht

Gewicht

Größe

Weitere Informationen zur Familie:

Psychosoziale Daten bei Erstvorstellung

Patient in D geboren: ja nein keine Angabe

seit wann in D: Geburtsland:

Gesetzlicher Vater in D geboren: ja nein keine Angabe

seit wann in D: Geburtsland:

Gesetzliche Mutter in D geboren: ja nein keine Angabe

seit wann in D: Geburtsland:

Lebensumstände des Kindes/Jugendlichen

- keine Angabe
- Zusammenleben mit beiden leiblichen Eltern
- Stiefelternfamilie (nur ein leiblicher Elternteil)
- Pflege/Adoptiveltern
- Heim/Internat
- wohnt alleine
- wohnt mit Partner/wohnt in Wohngemeinschaft

Schulbesuch des Kindes/Jugendlichen

- keine Angabe
- Kindergarten
- Grund-/Hauptschule begonnen
- Grund-/Hauptschule abgeschlossen
- Sonderschule begonnen
- Sonderschule abgeschlossen
- Gesamtschule begonnen
- Gesamtschule abgeschlossen
- Realschule begonnen
- Realschule abgeschlossen
- Gymnasium begonnen
- Gymnasium abgeschlossen
- Lehre/Berufsausbildung begonnen
- Lehre/Berufsausbildung abgeschlossen
- Studium begonnen
- Studium abgeschlossen

Berufstätigkeit der Eltern:

Mutter:

- keine Angabe
- ganztägig berufstätig
- teilzeitbeschäftigt
- im Haushalt tätig
- arbeitslos
- in Ausbildung/Umschulung
- in Rente

Vater:

- keine Angabe
- ganztägig berufstätig
- teilzeitbeschäftigt
- im Haushalt tätig
- arbeitslos
- in Ausbildung/Umschulung
- in Rente