



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 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-Ambulanz leider ausschließlich durch Überweisung von einer Fachärztin / einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin möglich ist.

Eine Vorstellung auf Überweisung durch z.B. eine Fachärztin / einen Facharzt für Allgemeinmedizin („Hausärztin / Hausarzt“) ist leider nicht möglich.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr „Obeldicks“ – Team



Zurücksenden an:

Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln
OBELDICKS – Ambulanz
Dr. Friedrich – Steiner – Str. 5
45711 Datteln

DATENBLATT

Nachname des Kindes: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____ Geschlecht: 0 weiblich 0 männlich 0 divers

Adresse:

Straße, Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Zu welchen Zeiten und unter welcher Rufnummer sind Sie gut zu erreichen?

➔ tagsüber im Zeitraum _____ - _____ Uhr Rufnummer _____

im Zeitraum _____ - _____ Uhr Rufnummer: _____

➔ nachmittags / abends ab _____ Uhr Rufnummer: _____

weitere Kontaktdaten:

Handy: _____ E-Mail: _____

Fax: _____

Überweisende(r) Kinderärztin / Kinderarzt: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Name Ihrer Krankenkasse: _____

9-stellige Krankenkassen-Nr. / Versicherungsnummer: _____

Adresse der Krankenkasse: Straße _____

PLZ / Ort : _____

Ihr Kind ist versichert über _____, geboren am _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Telefonnummer _____

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum _____

Aktuelle Größe: _____ cm **Aktuelles Gewicht:** _____ kg

Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche	Größe bei Geburt: _____ cm	Gewicht bei Geburt: _____ kg
Datum der U5 (ca. 6. Lebensmonat): _____	Größe bei der U5: _____ cm	Gewicht bei der U5: _____ kg
Datum der U6 (ca. 1. Geburtstag): _____	Größe bei der U6: _____ cm	Gewicht bei der U6: _____ kg
Datum der U7 (ca. 2. Geburtstag): _____	Größe bei der U7: _____ cm	Gewicht bei der U7 _____ kg
Datum der U7a (ca. 3. Geburtstag): _____	Größe bei der U7a: _____ cm	Gewicht bei der U7a: _____ kg
Datum der U8 (ca. 4. Geburtstag): _____	Größe bei der U8: _____ cm	Gewicht bei der U8: _____ kg
Datum der U9 (ca. 5. Geburtstag): _____	Größe bei der U9: _____ cm	Gewicht bei der U9: _____ kg

Die Daten zu Gewicht und Größe können Sie dem gelben Vorsorgeheft entnehmen (im Zweifel können Sie diese in Ihrer Kinderarztpraxis erfragen oder uns eine Kopie des Vorsorgeheftes mitschicken).

Größe der Mutter: _____ cm **Größe des Vaters:** _____ cm
Gewicht der Mutter: _____ kg **Gewicht des Vaters:** _____ kg

Hat Ihr Kind **Geschwister**? Wenn ja, geben Sie bitte für jedes Geschwisterkind das Geschlecht, die Größe und das Gewicht an.

Geschwisterkind	Geschlecht (m/w/d)	Alter (Jahre)	Größe (cm)	Gewicht (cm)
1				
2				
3				
4				
5				

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (insbesondere Kortisonpräparate, ADHS-Medikamente, Epilepsie-Medikamente, Antidepressiva, Psychopharmaka)?	0 Ja	0 Nein
Falls ja, welche?		
Bestehen bei Ihrem Kind bekannte Vorerkrankungen ?	0 Ja	0 Nein
Falls ja, welche?		
Befindet sich Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher und/oder psychologischer Behandlung ?	0 Ja	0 Nein
Falls ja, welche und aufgrund welcher Erkrankung?		

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. „Mama“, „Papa“): _____ Lebensmonat
In die wievielte Klasse geht Ihr Kind? _____ Klasse
Welche Schulform besucht ihr Kind (z. B. Grundschule, Gesamtschule, Gymnasium, etc.)? _____
Handelt es sich um eine Regelschule <input type="checkbox"/> oder eine Förderschule <input type="checkbox"/> ? Bitte ankreuzen. Wenn es sich um eine Förderschule handelt, welche (r) Förderschwerpunkte bestehen: _____

Schnarcht Ihr Kind?	0 Ja	0 Nein
Besteht bei Ihrem Kind eine ausgeprägte Müdigkeit am Tag ?	0 Ja	0 Nein
Wurde bei Ihrem Kind ein 6. Finger oder 6. Zeh operativ entfernt?	0 Ja	0 Nein

Besteht / Bestehen in Ihrer Familie – d.h. bei Geschwistern, Eltern oder Großeltern Ihres Kindes – eine der folgenden Erkrankungen: Wenn ja, dann bitte angeben bei wem! Beispiel:		
<u>Bluthochdruck</u> : <i>Großvater mütterlicherseits</i>	X Ja	0 Nein
Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie)	0 Ja	0 Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft	0 Ja	0 Nein
Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie)	0 Ja	0 Nein
Erhöhte Gichtwerte (Hyperurikämie)	0 Ja	0 Nein
Fettleber (Steatosis hepatis)	0 Ja	0 Nein
Durchblutungsstörungen, wie z.B. Schlaganfälle oder Herzinfarkte, in jungen Jahren, d.h. bei Frauen unter 65 Jahren bzw. bei Männern unter 55 Jahren	0 Ja	0 Nein

Betreibt Ihr Kind eine regelmäßige sportliche Aktivität?	0 Ja	0 Nein
Wenn ja, welche Sportarten und wie häufig pro Woche? _____ _____		

Wieviele Mahlzeiten nimmt Ihr Kind pro Tag zu sich?	Bis zu 2 <input type="radio"/>	3-4 <input type="radio"/>	5-6 <input type="radio"/>	> 6 <input type="radio"/>
Hat Ihr Kind regelmäßige Essenszeiten	Täglich <input type="radio"/>	Gelegentlich <input type="radio"/>	Selten <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>
Wie häufig werden „Snacks“ zwischen den Hauptmahlzeiten gegessen?	Mehrfach täglich <input type="radio"/>	Täglich <input type="radio"/>	Selten <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>
Welche Snacks werden gegessen (z.B. Gemüse, Obst, Chips, Süßigkeiten)?	_____			
Wie häufig wird Fast Food gegessen? Bitte ankreuzen	Täglich <input type="radio"/>	Wöchentlich <input type="radio"/>	Selten <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>
Wieviel zuckerhaltige Getränke (z.B. Apfelsaft, Cola, Limo) werden täglich getrunken?	Keine <input type="radio"/>	½ Liter <input type="radio"/>	1 Liter <input type="radio"/>	> 1 Liter <input type="radio"/>
Und wieviel Liter pro Woche insgesamt?	_____ Liter			
Wie häufig isst Ihr Kind Süßigkeiten?	Mehrfach täglich <input type="radio"/>	Täglich <input type="radio"/>	Wöchentlich <input type="radio"/>	Selten <input type="radio"/>
Kommt es zu heimlichem Essen?	Täglich <input type="radio"/>	Wöchentlich <input type="radio"/>	Selten <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>
Kommt es zu Essen aus Langeweile?	Täglich <input type="radio"/>	Wöchentlich <input type="radio"/>	Selten <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>
Kommt es zu Essen zur Stressverarbeitung oder zur Verarbeitung psychisch belastender Situationen, z.B. bei Traurigkeit aufgrund z.B. Mobbing, Trennung der Eltern, Tod eines Familienangehörigen?	Täglich <input type="radio"/>	Wöchentlich <input type="radio"/>	Selten <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>
Wenn ja, bitte um Angabe der Gründe:	_____			
Bestehen Heißhungerattacken?	Täglich <input type="radio"/>	Wöchentlich <input type="radio"/>	Selten <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>
Bestehen bei Ihrem Kind Essanfälle ohne Erbrechen? (unkontrolliertes und schnelles Essen großer Essensmengen)	Täglich <input type="radio"/>	Wöchentlich <input type="radio"/>	Selten <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>
Bestehen bei Ihrem Kind Essanfälle mit Erbrechen?	Täglich <input type="radio"/>	Wöchentlich <input type="radio"/>	Selten <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>

Wer hat das Sorgerecht für Ihr Kind (z.B. beide Elternteile zusammen, nur ein Elternteil, Jugendamt, etc.)?:

Bitte nennen Sie uns die aktuelle Wohnsituation Ihres Kindes:

(z.B. gemeinsamer Haushalt mit beiden Elternteilen;
Eltern getrennt lebend, Kontakt zu beiden Elternteilen;
Kind lebt in einer Wohngruppe, etc.)

Schildern Sie bitte aus Ihrer Sicht die Gründe für das Übergewicht Ihres Kindes:

Und gab es einen speziellen Zeitpunkt zu dem Ihr Kind sehr stark zugenommen hat?

Was haben Sie und Ihr Kind bereits versucht, um das Ausmaß des Übergewichts Ihres Kindes zu reduzieren (z.B. Rehamaßnahmen, Gruppentherapien, Ernährungsberatungen, Anmeldung Sportverein, etc.)?

Wie kommt es zur Anmeldung in der Adipositas-Sprechstunde? Bitte ankreuzen:

Eigene Motivation <input type="checkbox"/>	Kinderärztin/Kinderarzt <input type="checkbox"/>	Schule/Kindergarten <input type="checkbox"/>	Jugendamt <input type="checkbox"/>
--	--	--	------------------------------------

Sonstiges : _____

Welche Ziele und Erwartungen haben Sie bzw. Ihr Kind in Hinblick auf die ambulante Vorstellung in der Sprechstunde?

Ist ggfs. eine Teilnahme am OBELDICKS – Programm gewünscht?
(für die Altersgruppe 8 – 14 Jahre)

Ja

Nein

Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitere Dinge, die bei Ihrem Kind wichtig sind und die wir in diesem Fragebogen nicht erfragt haben?