

Pat.-Name.....Dat.....

# Fragebogen U7a, U8, U9

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

Dr. med. E. Weiser  
Dr. med. K. Buschmann-Prayon  
Praxis für Kinder und Jugendmedizin  
Königsbacher Str. 51, 75196  
Remchingen



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 <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wird das Kind von einer Tagesmutter betreut	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besucht das Kind den Kindergarten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bestand / besteht bei dem Kind ein Sprachproblem	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besucht das Kind einen Sportverein	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Steht ein PC / ein Fernseher im Kinderzimmer	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wie viel Std 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: Erziehungsberatung / Therapeuten ja wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### Erkrankungen des Kindes:

Allergie nachgewiesen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	(Fieber)- Krämpfe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Andere Lungenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Adipositas	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fehlsichtigkeit/ nicht wg Alter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
gehäufte, lange Infekte	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Andere gefährliche Erkr.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

### 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 <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	/ wen ja, wer.....
Diabetes mellitus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	/ wen ja, wer.....
Fehlsichtigkeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	/ wen ja, wer.....
Epilepsie / auch Fieberkrämpfe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	/ wen ja, wer.....
Herz- und Gefäßerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	/ wen ja, wer.....
Hypercholesterinämie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	/ wen ja, wer.....
Adipositas	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	/ wen ja, wer.....
nachgewiesene Allergien	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	/ wen ja, wer.....
Asthma bronchiale	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	/ wen ja, wer.....
Andere Lungenerkrankungen.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	/ wen ja, wer.....
Andere gefährliche Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	/ wen ja, wer.....

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

.....

.....

.....

.....