



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 ausschließlich durch Überweisung von einer Fachärztin/ einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin 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: weiblich männlich

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: _____

Adresse der überweisenden Kinderärztin/des überweisenden Kinderarztes:

Straße, Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Name Ihrer Krankenkasse: _____

9-stellige Krankenkassen-Nr. / Versicherungsnummer: _____

Adresse der Krankenkasse: Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon-Nr. des zuständigen Mitarbeiters der Krankenkasse: _____

Ihr Kind ist versichert über _____, geboren am _____

Adresse:

Straße, Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon-Nr.: _____



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

| | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| Aktuelle Größe: _____ cm | Aktuelles Gewicht: _____ kg |
|---------------------------------|------------------------------------|

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche | Größe bei Geburt: _____ cm | Gewicht bei Geburt: _____ 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 |

| | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (Insbesondere Kortisonpräparate, ADHS-Medikamente, Epilepsie-Medikamente, Antidepressiva, Psychopharmaka)? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Falls ja, welche? | | |
| Bestehen bei Ihrem Kind bekannte Vorerkrankungen ? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Falls ja, welche? | | |



| | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|
| Schnarcht Ihr Kind? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Besteht bei Ihrem Kind eine ausgeprägte Müdigkeit am Tag ? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bestehen bei Ihrem Kind häufig Kopfschmerzen ? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bestehen bei Ihrem Kind häufig Bauchschmerzen ? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bestehen bei Ihrem Kind häufig Gelenkschmerzen ? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bestehen bei Ihrem Kind Essanfälle ohne Erbrechen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bestehen bei Ihrem Kind Essanfälle mit Erbrechen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wurde bei Ihrem Kind ein 6. Finger oder ein 6. Zeh operativ entfernt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> 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. „Mama“, „Papa“): _____ Lebensmonat | | |
| In die wievielte Klasse geht Ihr Kind? _____ Klasse | | |
| Welche Schulform besucht Ihr Kind (z.B. Grundschule, Gesamtschule, Gymnasium, etc.)? _____ | | |
| 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! | | |
| <u>Beispiel:</u> | | |
| Bluthochdruck: <i>Großvater mütterlicherseits</i> | <input checked="" type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), auch während der Schwangerschaft | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erhöhte Gichtwerte (Hyperurikämie) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Fettleber (Steatosis hepatis) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Durchblutungsstörungen, wie z.B. Schlaganfälle oder Herzinfarkte, in jungen Jahren, d.h. bei Frauen unter 65 Jahren, bzw. bei Männern unter 55 Jahren | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ist ggf. eine Teilnahme am „ Obeldicks “-Programm gewünscht? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |