



## Fragebogen für Eltern / Kinder

### Angaben Erziehungsberechtigte

Name

Vorname

Straße / Hnr.

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon

### Angaben zum Patienten:

Name des Kindes

geboren am

Größe

akt. Gewicht

höchstes Gewicht bisher

Übergewicht seit

Wunschgewicht

Gewicht im Jahr 2013

### Familiäre Situation

Behinderungen, Pflegestufe

Wenn Ja, bei wem

Wurden schon Diäten durchgeführt?

Ja

Nein

Welche?



War ihr Kind wegen des Übergewichtes bereits in stationärer Behandlung (Krankenhaus, Vorsorge – oder Rehabilitationsleistung)? Wo, Wann, Wie lange, Gewichtsverlust?

Hat ihr Kind an einer Ernährungsberatung bei einem/ r geprüften Ernährungsberater / in oder einem Arzt /Ärztin mit der Zusatzausbildung in Ernährungsmedizin teilgenommen? (Wann, wie lange?)

Welche Bewegungstherapien hat ihr Kind bisher durchgeführt?

Beschreiben Sie bitte die derzeitige körperliche Aktivität (Art, Dauer, wie oft?) ihres Kindes

Hat ihr Kind an einer Verhaltenstherapie teilgenommen? Bei wem (Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in), wann, wie lange?

Hat ihr Kind versucht, durch Medikamente das Gewicht zu reduzieren, wenn Ja welche?

Welche Lebensmittel bevorzugt ihr Kind (z.B. deftige Kost, Süßes, Fastfood)?

Welche Getränke (Mengenangabe) nimmt es am liebsten zu sich?

Leidet Ihr Kind unter Heißhungeranfällen, Essattacken, die es nicht kontrollieren kann?

Auch nachts?

Löst ihr Kind manchmal absichtlich Erbrechen aus?

### Angaben zur Vorerkrankungen

Wurde ihr Kind bisher wegen Adipositas oder Begleiterkrankungen bei folgenden Facharztgebieten behandelt:

Innere Medizin / Allgemeinmedizin: Ja Nein

wegen:

Bluthochdruck	Ja	Nein
Diabetes	Ja	Nein
Fettstoffwechselstörung	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein
Herzerkrankung	Ja	Nein
Lungenerkrankung	Ja	Nein
Adipositas	Ja	Nein
Andere	Ja	Nein

Erläuterung:

Orthopädie: Ja Nein

Nervenheilkunde /Psychiatrie / Psychologie: Ja Nein

Mit welcher Therapie:	Psychotherapie:	Ja	Nein
	Verhaltenstherapie	Ja	Nein
	Medikamente	Ja	Nein

**E. Welcher Arzt / Ärztin behandelt Sie aktuell bezüglich Ihres Übergewichtes?**

Hausarzt:

Ich bin mit einer Befundanforderung bei den genannten Einrichtungen und  
Behandler-/ innen einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern /  
Erziehungsberechtigte