

Adipositaszentrum
SKDN

Formblatt

Name: _____

geb.: _____

Station: _____

Fall-Nr.: _____

oder Patientenaufkleber

Größe: _____

Gewicht: _____ Telefonnummer: _____

Gewichtsverlauf:

Gewichtszunahme/Übergewicht seit welchem Alter: _____

bisher höchstes Gewicht: _____ Jahr: _____

War Ihr Kind bereits im Vorschulalter übergewichtig?

Gab es Ereignisse, welche das Gewicht maßgeblich beeinflussten?

Welche Erklärung haben Sie für das Übergewicht?

Welche Erklärung hat Ihr Kind für das Übergewicht:

Schule:

besuchter Schultyp: _____ Klasse: _____

Nimmt Ihr Kind am Schulsport teil?

Wird Ihr Kind von Mitschülern bezüglich seines Gewichtes gehänselt?

Familie:

Vater: Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Mutter: Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Adipositaszentrum SKDN	Formblatt
---------------------------	-----------

Geschwister: Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Gibt es in Ihrer Familie...

Bluthochdruck? Wenn ja, wer?: _____

Zuckerkrankheit? Wenn ja, wer?: _____

Gicht? Wenn ja, wer?: _____

Erhöhte Blutfette? Wenn ja, wer?: _____

Herzinfarkte vor Erreichen des 55. Lj.? Wenn ja, wer?: _____

Hirnfarkte oder arterielle Verschlusskrankheit? Wenn ja, wer?: _____

Syndromale bzw. genetische Erkrankungen? Wenn ja, wer?: _____

Folge-/ Begleiterkrankungen ihres Kindes:

bitte Jahr der Erstdiagnose mit angeben

Derzeitige Medikamente ihres Kindes:

Wurde ihr Kind schon einmal operiert:

Wenn ja, Art der OP und Jahr:

Adipositaszentrum SKDN	Formblatt
---------------------------	-----------

Aufzählung der letzten 3 Abnehmversuche: 1. 2. 3.

Art (REHA, ambul.EB, Weight Watchers etc.):

Jahr:

Anzahl der Monate:

Zahl der Gewichtsabnahme:

Derzeitige sportliche Betätigung: (u.a. Sport, tägliche Fahrt mit dem Fahrrad zur Schule, etc.)

Art der sportlichen Betätigung/Zeitraum von/bis

Haben Sie mit Ihrem Kind schon einmal eine Ernährungsberatung aufgesucht?

Ja Nein

Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis:

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Psycho- oder Verhaltenstherapie?

Ja Nein

Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis:

Welchen Einfluss hatten bisherige Diätmaßnahmen, Bewegung/Sport oder andere Therapieformen auf das Gewicht? Kam es über einen Jojo-Effekt zu einem weiteren/ erneuten Gewichtsanstieg?

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r