



Fragebogen zur Diagnostik von Wachstumsstörungen

Liebe Eltern,

Sie stellen Ihr Kind vor, weil es zu groß/zu klein\* ist. Um uns die Beurteilung und Diagnostik zu erleichtern bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

\*Nichtzutreffendes bitte streichen

Vorname Nachname Geburtsdatum
Geschlecht männlich weiblich

I. Fragen zum Kind

Hat sich Ihr Kind körperlich normal entwickelt?
Mit wie vielen Monaten konnte es sitzen?
Mit wie vielen Monaten konnte es laufen?
Mit wie vielen Monaten war es nachts trocken?
Wann hat es den ersten Zahn bekommen?
War Ihr Kind schon einmal stationär im Krankenhaus?
Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?
Ist Ihr Kind häufig krank?
Hat Ihr Kind eine chronische Krankheit?
Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein?
Name des Medikamentes Dosierung seit wann
Bei welchen anderen Ärzten ist Ihr Kind noch in Betreuung?

## II. Vegetative Anamnese

Ist Ihr Kind belastbar?

- ja  nein

Wird Ihr Kind schnell müde?

- ja  nein

Klagt Ihr Kind oft über Kopfweg?

- ja  nein

Schläft Ihr Kind nachts durch?

- ja  nein

Wie ist der Appetit Ihres Kindes?

- mäßig  normal  sehr gut

Ist der Stuhlgang normal?

- ja  nein

Falls nein, bitte beschreiben Sie, was Ihnen auffällt:

---

Wie viel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind am Tag?

- etwa \_\_\_\_ Liter pro Tag

Nimmt Ihr Kind regelmäßig am Schulsport teil?

- ja  nein

Treibt Ihr Kind sonst regelmäßig aktiv Sport?

- nein  
 ja, und zwar folgende Sportarten: \_\_\_\_\_

Ist die Körpergröße Ihres Kindes regelmäßig gemessen worden?

- ja  nein

Wenn ja, von wem?

- Kinderarzt  Hausarzt  Eltern

Gibt es frühere Längendaten von Ihrem Kind (z.B. gelbes Vorsorgeheft, Daten früherer Messungen)?

- ja  nein

Falls ja, bitte Daten eintragen und Unterlagen in Kopie beilegen (ca. 1 Angabe pro Lebensjahr)?

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Länge: \_\_\_\_ cm

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Länge: \_\_\_\_ cm

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Länge: \_\_\_\_ cm

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Länge: \_\_\_\_ cm

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Länge: \_\_\_\_ cm

Falls nein, wie viele Zentimeter ist Ihr Kind schätzungsweise im letzten Jahr gewachsen?

- etwa \_\_\_\_ cm/Jahr

Passen Ihrem Kind noch Kleidungsstücke vom letzten Jahr?

- ja  nein

War Ihr Kind im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern schon immer etwas größer/kleiner\*?

\*Nichtzutreffendes bitte streichen

- ja  nein

Gab es einen Zeitpunkt, von dem an Ihr Kind weniger/mehr\* gewachsen ist als vorher?

\*Nichtzutreffendes bitte streichen

- ja  nein

Wenn ja, wann war dieser Zeitpunkt und gab es zu diesem Zeitpunkt ein besonderes Ereignis (z.B. Tod eines nahen Verwandten)?

## III. Schule

Falls Ihr Kind in die Schule geht, welche Schule und welche Klasse besucht es?

---

Wie alt war Ihr Kind bei der Einschulung?

- \_\_\_\_ Jahre

Wie sind die schulischen Leistungen Ihres Kindes?

- sehr gut  gut  befriedigend  
 ausreichend  schlecht

**Gehört Ihr Kind in der Klasse zu den Größten/Kleinsten\*?**

*\*Nichtzutreffendes bitte streichen*

ja  nein

**Wird Ihr Kind von anderen Kindern gehänselt (z.B. „Zwerg“, „Stöpsel“, „Bohnenstange“)?**

ja  nein

**Verspürt Ihr Kind einen Leidensdruck unter seinem Kleinwuchs/Großwuchs\*?**

*\*Nichtzutreffendes bitte streichen*

ja  nein

**Hat der Schularzt Sie schon einmal darauf aufmerksam gemacht, dass Ihr Kind zu klein/zu groß\* ist?**

*\*Nichtzutreffendes bitte streichen*

ja  nein

**IV. Fragen zu Schwangerschaft und Geburt**

**Gab es während der Schwangerschaft Komplikationen?**

ja  nein

**Wenn ja, welche? (z.B. vorzeitige Wehen, Blutungen, Gestose, Diabetes)**

**Angaben zur Geburt (siehe gelbes Vorsorgeheft):**

**Zeitpunkt:**

zum Termin  
 zu früh um \_\_\_ Tage  
 zu spät um \_\_\_ Tage

normale Geburt  Zangengeburt  Saugglocke  Kaiserschnitt

**Gab es Komplikationen?**

ja  nein

**Wenn ja, welche? (z.B. Steißlage, Nabelschnurumschlingung, schlechte Herztöne)**

**Geburtsgewicht:** \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ g

**Geburtslänge:** \_\_\_ cm

**Kopfumfang:** \_\_\_ cm

**Apgar-Werte:** (1 min.) (5 min.) (10 Min.)

**Wurde Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt?**

ja  nein

**Wenn ja, in welche Klinik, warum und wie lange blieb es dort stationär?**

**V. Fragen zur Familie**

**Mutter:** Körpergröße: \_\_\_ cm Körpergewicht: \_\_\_ kg

1. Regelblutung mit \_\_\_ Jahren

**Körpergröße der Eltern der Mutter:** Mutter: \_\_\_ cm Vater: \_\_\_ cm

**Vater:** Körpergröße: \_\_\_ cm Körpergewicht: \_\_\_ kg

Pubertät (z.B. später Bartwuchs, später Wachstumsschub):

eher früh  durchschnittlich  eher spät

**Körpergröße der Eltern des Vaters:** Mutter: \_\_\_ cm Vater: \_\_\_ cm

**Geschwister des Patienten:**

<b>Geschlecht</b>		<b>Alter</b>	<b>Körpergröße</b>			
männlich	weiblich	in Jahren	in cm	relativ klein	durchschnittlich	relativ groß
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gibt es in Ihrer Familie sehr kleine bzw. sehr große Personen?  
Wenn ja, bitte Verwandtschaftsgrad und Körpergröße angeben:**

\_\_\_\_\_ cm

\_\_\_\_\_ cm

\_\_\_\_\_ cm

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**