



Liebe Eltern,  
wir (das Team der Hormonsprechstunde) möchten Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Vielen Dank.

Name/Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ beruflich: \_\_\_\_\_

Hauptversicherer: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Überweisender Kinderarzt (Adresse und Telefon):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erfolgte die Geburt zum errechneten Termin: ja  / nein  Woche: \_\_\_\_\_

normal:  / Kaiserschnitt:  / andere: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Länge: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_

Apgar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Angaben im gelben Untersuchungsheft 1. Seite)

Ist das Kind ein Zwilling? ja  /  nein      Wurde es adoptiert? ja  /  nein

Nationalität des Kindes: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Nationalität der Mutter: \_\_\_\_\_ Größe der Mutter: \_\_\_\_\_ cm

Pubertätsbeginn mit: \_\_\_\_\_ Jahren      1. Menstruation mit \_\_\_\_\_ Jahren

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Nationalität des Vaters: \_\_\_\_\_ Größe des Vaters: \_\_\_\_\_ cm

Pubertätsbeginn mit: \_\_\_\_\_ Jahren

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Durchgemachte Krankheiten: \_\_\_\_\_

Bestehen in der Familie chronische Krankheiten (z. B. Diabetes, Allergien, Krebserkrankungen)? ja  / nein

wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Kind Medikamente? ja  / nein

wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_