

Name und Geburtsdatum des Patienten:



1. Familienanamnese

Bitte geben Sie die KÖRPERLÄNGEN folgender Familienmitglieder an:

Mutter:	cm	Vater:	cm
Großmutter:	cm	Großmutter:	cm
Großvater:	cm	Großvater:	cm

Bitte GEWICHT der Eltern angeben

Mutter:	Kg	Vater:	Kg
---------	----	--------	----

- Alter der Mutter (des Kindes) zum Zeitpunkt der 1. Regelblutung: _____ Jahre.
- Spätes Wachstum oder verspätete Pubertät beim Vater (des Kindes) JA NEIN
- Gibt es in der Familie (z.B. Onkel, Tanten oder Geschwister) extrem große oder extrem kleine Menschen? Wenn ja, bitte Größe und Verwandtschaftsgrad angeben: _____
- Gibt es hormonelle Erkrankungen in der Familie? JA NEIN
(z.B. Diabetes, Schilddrüsendysfunktionen, PCOS) Wenn ja welche??? _____

2. Neugeborenen- und Kleinkindalter:

Geburtsgewicht: _____ gr Körpergröße bei Geburt: _____ cm Schwangerschaftswoche: _____

Laufen mit _____ Monaten Sprechen mit _____ Monaten

Bitte ankreuzen

	Ja	Nein	
Altersentsprechende Entwicklung?			
Chronische oder ernste Vorerkrankungen			Wenn ja → Welche?

3. Pubertätsentwicklung

Mädchen:

Alter bei Beginn der Brustdrüsenentwicklung: _____ Jahre.

Alter bei erster Regelblutung: _____ Jahre

Jungen:

Alter bei Beginn der Schambehaarung : _____ Jahre.

Name und Geburtsdatum des Patienten:

4. Aktuelle Anamnese:

Bitte ankreuzen	Ja	Nein	
Kopfschmerzen?			Wenn ja → Wie häufig?
Nüchternerebrechen?			
Doppelbilder?			
Stuhlauffälligkeiten? Wenn ja			Wenn ja → Welche?
Medikamenteneinnahme?? Bitte bei Einnahme einer Hormonpille, Namen der Pille angeben!			Wenn ja → Welche?

5. Datenschutz

Kinderarzt bzw. Hausarzt: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die

Praxis Dr. med. Koffler & Kollegen
Zollgasse11, 55130 Mainz

Meinem oben genannten Kinderarzt/Hausarzt erhobene Behandlungsdaten in Form eines Arztberichtes per e-mail oder per Fax zukommen lassen darf und bei Bedarf, Befunde zum Zweck der führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung, bei meinem Kinderarzt/Hausarzt Kollegen anfordern darf.

JA

NEIN

Im Falle einer Anforderung von Befunden per Email wurde ich darüber informiert das die Übermittlung nicht verschlüsselt erfolgt und es nicht ausgeschlossen werden kann das dritte Personen die e-mail mitlesen können. Ich bin dennoch bei Bedarf mit der Übermittlung (Anforderung des Patienten vorausgesetzt) einverstanden.

JA

NEIN

Mit der Abholung von Rezepten, Befunden oder anderer Unterlagen, von der von mir beauftragten Person bin ich einverstanden. (Die Abgabe von Rezepten, Befunden und Unterlagen setzt die Vorlage der Versichertenkarte und einer schriftlichen Vollmacht voraus)

JA

NEIN

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/ Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigter