

# ANAMNESEBOGEN Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen

## Befragungsbogen für Eltern / Patienten



Liebe Eltern, liebe Jugendliche und Kinder,

um Sie bzw. Euch optimal betreuen zu können, bitten wir darum, den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Vielen Dank für die Ihre Mithilfe!

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Familienvorgeschichte:

|                  | Selbst | Geschwister | Eltern | Großeltern |
|------------------|--------|-------------|--------|------------|
| Typ-1-DM         |        |             |        |            |
| Typ-2-DM         |        |             |        |            |
| Herzerkrankung   |        |             |        |            |
| Schilddrüse      |        |             |        |            |
| Zölliakie /Sprue |        |             |        |            |

### Andere Erkrankungen/Operationen:

#### Geburt:

Spontan / Kaiserschnitt: \_\_\_\_\_

Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ g, big babies (ab 4500g)

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm, Kopfumfang \_\_\_\_\_ cm

### Besonderheiten bei der Geburt:

Sauerstoffmangel, Krampfanfall, Gelbsucht, abnorme Lage,

Trinkschwäche: ☐ nein ☐ ja

Anzahl der Geschwister: \_\_\_\_\_

Erkrankungen der Mutter, Bluthochdruck, Alkohol,

Medikamente, Schwangerschafts-Diabetes: \_\_\_\_\_

### Ernährung:

gestillt ☐ ja ☐ nein ☐

#### aktuell

☐ KE/BE-orientiert

☐ gerne Fleisch/Käse

☐ vegetarisch/vegan

☐ Essstörung

☐ Heißhungerattacken: wenn ja welche?

### Kinderkrankheiten:

Masern ☐ ja ☐

Mumps ☐ ja ☐

Röteln ☐ ja ☐

Windpocken ☐ ja ☐

Scharlach ☐ ja ☐

Keuchhusten ☐ ja ☐

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

### Impfungen:

Diphtherie-Polio-Pertussis-Hep-B-Tetanus-HIB ☐ ja ☐

MMR ☐ ja ☐ Anzahl: \_\_\_\_\_

Windpocken ☐ ja ☐ Anzahl: \_\_\_\_\_

Meningokokken ☐ ja ☐ Anzahl: \_\_\_\_\_

Pneumokokken ☐ ja ☐ Anzahl: \_\_\_\_\_

Hepatitis A ☐ ja ☐ Anzahl: \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

### Vegetative Anamnese:

☐ Inkontinenz tagsüber ☐ Inkontinenz nachts

☐ Durchfall ☐ Verstopfung

☐ Pilzkrankungen (z.B. Haut, Fuß, Nägel)

☐ Beginn der Menstruation: \_\_\_\_\_

Regelmäßig? ☐ ja ☐ nein

☐ Keine Menstruation

☐ Alkohol

☐ Rauchen – wenn ja, wieviel/d:

☐ Drogen

### Psycho-soziale Probleme:

Diabetes-Akzeptanz:

Depression:

Aktuelle Probleme:

### Versorgung im Haushalt:

☐ Eltern ☐ Großeltern ☐ Sorgeberechtigter

☐ Kindergarten

☐ Schule/Klasse: \_\_\_\_\_

☐ schulische Leistung: \_\_\_\_\_

☐ körperliche Aktivität: \_\_\_\_\_

☐ Sportverein: \_\_\_\_\_