

## Fragebogen Terminanfrage Adipositas-Sprechstunde für Kinder- und Jugendliche des Kinderzentrums der UMG

Datum der Anfrage:

Name der Eltern / Sorgeberechtigten Person:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe für Rücksprachen):

Anschrift:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Kinderarzt:

Ist ihr Kind bereits in regelmäßiger Behandlung an der UMG?  Ja  Nein

Wenn Ja, wo:

War ihr Kind bereits auf Adipositas-Reha?  Ja  Nein

Wenn Ja, wann und wo:

Hat ihr Kind Vorerkrankungen / chronische Erkrankungen?  Ja  Nein

Wenn Ja, welche:

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn Ja, welche?

---

Interne Dokumentation:

*Bitte Termin vereinbaren für:*

*Termin am:*

*Mitgeteilt von/am:*