# Schriftliche Anfrage zur Analyse einer Wachstumsstörung

|  |
| --- |
| Patientendaten: |
| Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Gestationsalter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wochen |
| Geburtslänge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm | Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g |
| Adresse:  |

|  |
| --- |
| Aktuelle Daten vom (Datum):  |
| Körpergröße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm | Elternangaben: |
| Körpergewicht:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm | [ ] gemessen | [ ] geschätzt |
| Pubertätszeichen: | Muttergröße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm |
| [ ]  Junge | [ ]  Mädchen | Alter bei erster Regel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Pubesstadium: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Brustentwicklung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | Vatergröße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm |
| Hodenvolumen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ml | Alter bei erster Regel: \_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ] Auffällig frühe Pubertät | [ ] Auffällig späte Pubertät |

|  |
| --- |
| Frühere Daten: |
| Datum | Körpergröße (in cm) | Körpergewicht (in kg) | Kopfumfang (in cm) |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

|  |
| --- |
| Anlagen: |
|[ ]  Carporadiogramm – Röntgenbild linke Hand (Originalaufnahme, Papierdruck oder per CD); sonstige Röntgenbefunde |
|[ ]  Wachstumsrelevante Laborbefunde |

Wachstumsnetzwerk CrescNet

UNIVERSITÄT(S)MEDIZIN LEIPZIG

Liebigstraße 20a

04103 Leipzig

|  |
| --- |
| Ihre Fragestellung:  |
| Patientennummer:  |

# Schriftliche Anfrage

# ANALYSE WACHSTUMSSTÖRUNG

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Erstanfrage |  [ ]  Folgedaten |
| Telefonnummer für Rückfragen: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Behandelnder Kinderarzt: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung
Ich bin / Wir sind einverstanden, dass die Daten, Befunde und Untersuchungsmaterialien, die auf der Rückseite dieses Formulars angegeben sind, durch meinen Kinder-/Hausarzt zur Analyse der festgestellten Wachstumsstörung und Erstellung eines Gutachtens an den oben genannten Spezialisten weitergeleitet werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Sorgeberechtigte/r