

## Name und Adresse des Kindes

Name: ..... Vorname: .....  
Adresse: .....  
Behandelnder Kinderarzt: .....

Universitätsklinik und Poliklinik  
für Kinder und Jugendliche  
CrescNet gGmbH  
Wachstumsnetzwerk  
Philipp-Rosenthal-Str. 27b  
04103 Leipzig

# Anfrage zur Analyse von Wachstumsdaten

## Geburtsangaben

Geburtsdatum: ..... Schwangerschaftsdauer (Wo.): .....  
Länge (cm): ..... Gewicht (g): .....

## Elternangaben

Mutter Größe: .....  gemessen /  geschätzt Alter bei erster Regel: .....  
Vater Größe: .....  gemessen /  geschätzt Auffällig  frühe /  späte Pubertät

## Aktuelle Angaben

Datum: ..... Größe: ..... Gewicht: .....  
Bei Mädchen Pubesstadium: ..... Brustentwicklung: ..... Alter bei erster Regel: .....  
Bei Jungen Pubesstadium: ..... Hodenvolumen: .....

## Ergänzende Daten (vgl. umseitige Grafik)

Datum	Körpergröße	Gewicht	Kopfumfang
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

## Anlagen

- Carporadiogramm – Röntgenbild (Original, Papierdruck oder CD)
- Wachstumsrelevante Laborbefunde

## Einwilligungserklärung / Schweigepflichtentbindung

Ich bin/Wir sind einverstanden, dass die Daten, Befunde und Untersuchungsmaterialien, die auf diesem Formular angegeben bzw. ihm beigelegt sind, durch meinen Kinder-/Hausarzt zur Analyse der vermuteten Wachstumsstörung und Erstellung eines Gutachtens an den oben genannten Spezialisten weitergeleitet werden.

.....  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r