# 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