



# Anforderungsschein: Humangenetisches Konsil in der Kinderklinik

Bitte als Fax senden an 56-5080

Anfordernder Arzt \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

Patient: Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_  
weibl.  männl.  (Verd.-)Diagnose: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft & Geburt: Besonderheiten: nein  ja  und zwar: \_\_\_\_\_

Geb.maße: KG : \_\_\_\_\_ g (Perz.: \_\_) KL: \_\_ cm (Perz.: \_\_) KU: \_\_ cm (Perz.: \_\_) Apgar: \_\_/\_\_/\_\_ NS-pH: \_\_\_\_\_

### Anamnese:

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

Familienanamnese: unauffällig  auffällig  weil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Konsanguinität: nein  ja

Wichtige Befunde: Aktuell: KG \_\_\_\_\_ g (Perz.: \_\_) KL \_\_ cm (Perz.: \_\_) KU \_\_ cm (Perz.: \_\_)

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

	Nein	Ja	
Organfehlbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details: _____
Dysmorphien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details: _____
Psychomot. Retardierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details: _____
Neuromusk. Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details: _____
HNO-ärztliche Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Befund: _____
Augenärztliche Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Befund: _____

Bildgebung (MRT, Röntgen etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Labordiagnostik (Klin. Chemie, Stoffwechsel, Genetik): \_\_\_\_\_

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

Fragestellung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Anlagen: Arztbriefe nein  ja  / Fotos nein  ja  / Anderes nein  ja , und zwar \_\_\_\_\_

Sonstige Informationen: \_\_\_\_\_



