

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Angaben zum Patienten

NACHNAME _____

VORNAME _____

GEBURTSDATUM _____

INDIKATION / DIAGNOSTISCHE FRAGESTELLUNG (MIT ICD10-CODE)

ICD10-Code

Indikation

KLINISCHE INFORMATIONEN ZU PATIENT*IN

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---|------------------------------------|
| Hyperphagie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Hypertriglyceridämie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Hypercholesterinämie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Manifestationsalter _____ Jahre |
| Gestörte Glukosetoleranz | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Gestörte Nüchtern glukose | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Hyperinsulinämie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Mentale Retardierung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Intelligenzminderung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Skelettdysplasie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Neurologische Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche _____ | |
| Sonstige Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche _____ | |



PATIENTENDATEN

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Frühkindlicher Gewichtsverlauf

	<u>Datum</u>	<u>Gewicht</u>	<u>Körpergröße</u>	<u>Kopfumfang</u>
U1	_____	_____ kg	_____ cm	_____ cm
U2	_____	_____ kg	_____ cm	_____ cm
U3	_____	_____ kg	_____ cm	_____ cm
U4	_____	_____ kg	_____ cm	_____ cm
U5	_____	_____ kg	_____ cm	_____ cm
U6	_____	_____ kg	_____ cm	_____ cm
U7	_____	_____ kg	_____ cm	_____ cm
U7a	_____	_____ kg	_____ cm	_____ cm
U8	_____	_____ kg	_____ cm	_____ cm
U9	_____	_____ kg	_____ cm	_____ cm
weitere	_____	_____ kg	_____ cm	_____ cm
weitere	_____	_____ kg	_____ cm	_____ cm
aktuell	_____	_____ kg	_____ cm	_____ cm

FAMILIENANAMNESE

auffällig unauffällig nicht bekannt

(Klinische Befundberichte / Stammbaumskizze erwünscht, ggf. auf separatem Blatt)

Angaben zum Vater:

Alter: _____ Jahre Gewicht _____ kg Größe _____ cm

Diabetes mellitus nein ja, Manifestationsalter _____ Jahre

Metabolische Auffälligkeiten nein ja, welche _____

Neurologische Auffälligkeiten nein ja, welche _____

Sonstige Auffälligkeiten nein ja, welche _____

PATIENTENDATEN

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Angaben zur Mutter:

Alter: _____ Jahre

Gewicht _____ kg

Größe _____ cm

Diabetes mellitus

 nein ja, Manifestationsalter _____ Jahre

Metabolische Auffälligkeiten

 nein ja, welche _____

Neurologische Auffälligkeiten

 nein ja, welche _____

Sonstige Auffälligkeiten

 nein ja, welche _____**Angaben zu Geschwisterkind 1:**

Alter: _____ Jahre

Gewicht _____ kg

Größe _____ cm

Auffälligkeiten geteilt mit Patient*in

 nein ja, welche _____**Angaben zu Geschwisterkind 2:**

Alter: _____ Jahre

Gewicht _____ kg

Größe _____ cm

Auffälligkeiten geteilt mit Patient*in

 nein ja, welche _____**Angaben zu Geschwisterkind 3:**

Alter: _____ Jahre

Gewicht _____ kg

Größe _____ cm

Auffälligkeiten geteilt mit Patient*in

 nein ja, welche _____**Ethnische Herkunft**

Konsanguinität in der Familie

 nein ja