

PATIENTENDATEN

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

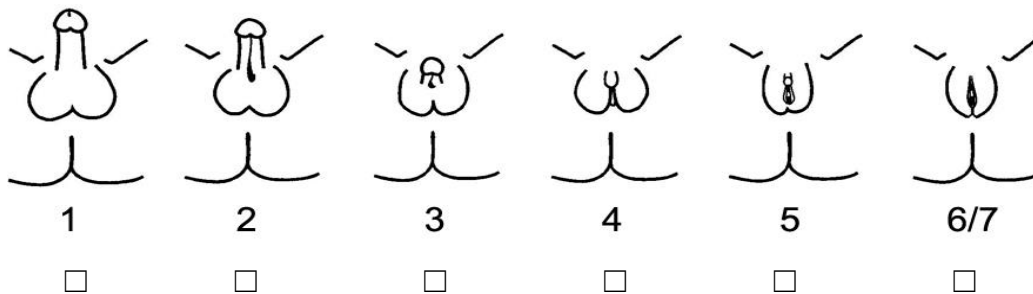
ZUSATZINFORMATIONEN

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 |
| Neurologische Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche _____ |                                    |
| Sonstige Auffälligkeiten      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche _____ |                                    |

Genitalstadium (Ausfüllen bei V.a. DSD)

By Jonathan.Marcus - Own work, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=11527246>



Lokalisation der Gonaden (Ausfüllen bei V.a. DSD)

Links

Rechts

- |                   |                          |                          |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Labioskrotal      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inguinal          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abdominell        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nicht darstellbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Phalluslänge (Ausfüllen bei V.a. DSD) \_\_\_\_\_ (mm)

Uterus (Ausfüllen bei V.a. DSD)  nein  ja  unbekannt

PATIENTENDATEN

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

**Frühkindlicher Gewichtsverlauf** (auszufüllen bei V.a. genetische Adipositas)

	<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)

- Genetische Vorbefunde Angehörige       nein       ja (Bitte Befund beilegen)       nicht bekannt

PATIENTENDATEN

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

**Angaben zum Vater:**

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre      Gewicht \_\_\_\_\_ kg      Größe \_\_\_\_\_ cm

Diabetes mellitus       nein       ja, Manifestationsalter \_\_\_\_\_ Jahre

Metabolische Auffälligkeiten geteilt mit Patient\*in       nein       ja, welche \_\_\_\_\_

Neurologische Auffälligkeiten geteilt mit Patient\*in       nein       ja, welche \_\_\_\_\_

Sonstige Auffälligkeiten geteilt mit Patient\*in       nein       ja, welche \_\_\_\_\_

**Angaben zur Mutter:**

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre      Gewicht \_\_\_\_\_ kg      Größe \_\_\_\_\_ cm

Diabetes mellitus       nein       ja, Manifestationsalter \_\_\_\_\_ Jahre

Metabolische Auffälligkeiten geteilt mit Patient\*in       nein       ja, welche \_\_\_\_\_

Neurologische Auffälligkeiten geteilt mit Patient\*in       nein       ja, welche \_\_\_\_\_

Sonstige Auffälligkeiten geteilt mit Patient\*in       nein       ja, welche \_\_\_\_\_

**Angaben zu Geschwisterkind 1:**

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre      Gewicht \_\_\_\_\_ kg      Größe \_\_\_\_\_ cm

Diabetes mellitus       nein       ja, Manifestationsalter \_\_\_\_\_ Jahre

Auffälligkeiten geteilt mit Patient\*in       nein       ja, welche \_\_\_\_\_

**Angaben zu Geschwisterkind 2:**

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre      Gewicht \_\_\_\_\_ kg      Größe \_\_\_\_\_ cm

Diabetes mellitus       nein       ja, Manifestationsalter \_\_\_\_\_ Jahre

Auffälligkeiten geteilt mit Patient\*in       nein       ja, welche \_\_\_\_\_

**Angaben zu Geschwisterkind 3:**

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre      Gewicht \_\_\_\_\_ kg      Größe \_\_\_\_\_ cm

Diabetes mellitus       nein       ja, Manifestationsalter \_\_\_\_\_ Jahre

Auffälligkeiten geteilt mit Patient\*in       nein       ja, welche \_\_\_\_\_