

PATIENTENDATEN

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

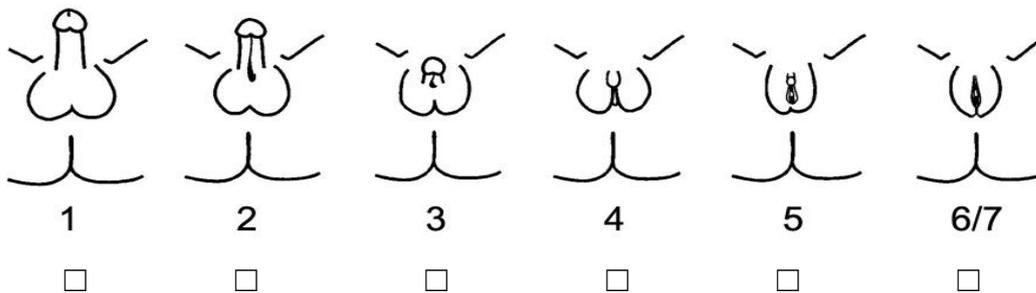
ZUSATZINFORMATIONEN

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 _____