



Schriftliche Anfrage zur Analyse einer Wachstumsstörung

1. Patientendaten:	
Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Gestationsalter: _____ Wochen
Geburtslänge: _____ cm	Geburtsgewicht: _____ g
Adresse: _____	

2. Aktuelle Daten vom (Datum):	
Körpergröße: _____ cm	<u>Elternangaben:</u> <input type="checkbox"/> gemessen <input type="checkbox"/> geschätzt
Körpergewicht: _____ cm	
<u>Pubertätszeichen:</u> <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen	Muttergröße: _____ cm
Pubesstadium: _____ Brustentwicklung: _____	Alter bei erster Regel: _____
Hodenvolumen: _____ ml Alter bei erster Regel: _____	Vatergröße: _____ cm
	<input type="checkbox"/> Auffällig frühe Pubertät <input type="checkbox"/> Auffällig späte Pubertät

3. Frühere Daten:			
Datum	Körpergröße (in cm)	Körpergewicht (in kg)	Kopfumfang (in cm)

4. Anlagen:	
<input type="checkbox"/>	Carporadiogramm – Röntgenbild linke Hand (Originalaufnahme, Papierdruck oder per CD); sonstige Röntgenbefunde
<input type="checkbox"/>	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