

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anfordernder Arzt/ Klinik / Stempel

Berater

Anmeldung zur Syndromsprechstunde

vorab per Fax oder per E-Mail mit evtl. Fotos an:

0731-9849020 / info@genetikum.de

Schwangerschaftsverlauf:

komplikationslos mit Komplikationen welche:

Geburt: SSW

komplikationslos mit Komplikationen welche:

Gewicht: kg (Perz.) APGAR:

Länge: cm (Perz.) NA-pH:

KU: cm (Perz.)

Besonderheiten postpartal: nein ja

Familienanamnese:

Konsanguinität: nein ja

Besonderheiten:

Eigenanamnese:

Gewicht (aktuell): kg (Perz.) Bemerkung:

Länge (aktuell): cm (Perz.)

KU (aktuell): cm (Perz.)

Mentale Retardierung: nein ja

Motorische Retardierung: nein ja

Sprachentwicklungsverzögerung: nein ja

Neuromuskuläre Auffälligkeiten: nein ja

Epilepsie: nein ja

Dysmorphien: nein ja

Fehlbildungen: nein ja

augenärztliche Untersuchung: nein ja

HNO-ärztliche Untersuchung: nein ja

Bildgebung (Ultraschall, UKG, MRT, Röntgen): nein ja

Befund - Klinische Chemie: nein ja

Befund - Stoffwechsel: nein ja

Befund – genetische Diagnostik: nein ja