

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

Anfordernder Arzt/ Klinik / Stempel

Tag	Monat	Jahr

„Epilepsie-Panel“ - klinischer Fragebogen zum Untersuchungsauftrag

bitte per Fax oder per E-Mail an: 0731-9849020 / info@genetikum.de
bei Fragen stehen wir Ihnen telefonisch zur Verfügung: 0731-984900

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:

weitere Betroffene in der Familie? nein ja

Besonderheiten:
(ggf. Stammbaum)

Eigenanamnese:

Gewicht (aktuell): kg (Perz.)

Bemerkung:

Länge (aktuell): cm (Perz.)

KU (aktuell): cm (Perz.)

Anfälle seit:

Verlauf der
Anfälle:
(Semiologie)

aktuelle
Medikation:

Psychomotorische Entwicklung:

Bemerkung:

Mikrocephalie: nein ja

Makrocephalie: nein ja

Dysmorphien/Fehlbildungen: nein ja

EEG: nein ja

cMRT (ggf. Kopie beilegen): nein ja

bisherige genetische Untersuchungen: nein ja

array-CGH nein ja

SCN1A nein ja

weitere Gene nein ja