



1. Personenbezogene Daten (Patientenetikett)

Datum: _____

Patient/in

 Name: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____

Mutter

 Name: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____

Vater

 Name: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____

2. Fragestellung

- Isolierte Wachstumsverzögerung proportioniert Kinderwunsch
 Syndromale Wachstumsverzögerung dysproportioniert
 Sonstiges: _____

3. Anamnese

Schwangerschaft: unauff. auff.

- Wachstumsverzögerung ab der ____ . SSW
 CVS/AC: _____
 Teratogene/Medikamente: _____
 Sonstiges: _____

Geburt: ____ . SSW, APGAR: / / , Nabelschur-pH: ____

 Geburtsmodus: spontan Sectio Glocke Zange

Maße: Geburt U1 U2

Gewicht:	_____ g	_____ Pc.
Länge:	_____ cm	_____ Pc.
Kopfumfang:	_____ cm	_____ Pc.

Postnatal-Verlauf: unauff. auff.: _____

Entwicklung: unauff. verzögert IQ: _____

Sitzalter: ____ M/J Laufalter: ____ M/J Erste Worte: ____ M/J

Fehlbildungen: nicht bekannt

Gehirn: _____	Genitale: _____	Sonstiges: _____
Herz: _____	Skelett: _____	_____
Niere: _____	Haut: _____	_____
GIT: _____	HNO: _____	_____

Wachstumsverlauf: _____

 Länge: entlang/von ____ Pc. nach ____ Pc.
 Gewicht: entlang/von ____ Pc. nach ____ Pc.
 KU: entlang/von ____ Pc. nach ____ Pc.

Knochenalter: _____

 Gemessen im Alter von: / Jahre(n)/Monaten
 Knochenalter entspricht: / Jahre(n)/Monaten
 Prognostizierte Endgröße: ____ cm

3. Diagnostik

Wachstumshormondiagnostik: _____

 Hormonwerte: _____
 Arginin-GHRH: _____
 Clonidin-Test: _____
 GH-Profil: _____

Weitere Laborwerte: _____

 Stoffwechsel: _____
 Zöliakie: _____
 Schilddrüsen: _____
 Blutbild: _____

Genetik: _____

 Karyotyp: _____
 SHOX: _____
 FGFR3: _____

 UPD 7/14: _____
 COL2A1: _____
 Andere: _____



4. Befunde

Mutter: gemessen berichtet

Höhe: _____ cm ____ Pc. ____ SDS

Gewicht: _____ g ____ Pc. ____ BMI

Kopfumfang: _____ cm ____ Pc.

Vater: gemessen berichtet

Höhe: _____ cm ____ Pc. ____ SDS

Gewicht: _____ g ____ Pc. ____ BMI

Kopfumfang: _____ cm ____ Pc.

Patient:

Länge/Höhe: _____ cm ____ Pc. ____ SDS i. c.: _____ cm

Gewicht: _____ g ____ Pc. ____ BMI Pupillenabst.: _____ cm Armspanne: _____ cm

Kopfumfang: _____ cm ____ Pc. o. c.: _____ cm Sitzhöhe: _____ cm

Dysmorphologische Auffälligkeiten:

Sonstiges:

5. Material

Patient:

- 1 x EDTA-Probe (2 - 9 ml)
- 2 x Heparin-Probe (je 2 - 9 ml)

Wenn möglich:

- 1x PaxGene Röhrchen

Eltern:

- je 1 x EDTA-Probe (9 ml)
- je 1 x Heparin-Probe (9 ml)

- Unterschiedene Einverständniserklärung für die Studie**

Adresse des Patienten (wichtig! immer angeben!)

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Tel-Nr.: _____

Handy-Nr.: _____

Einsender (Stempel):

Name: _____

Institut: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____