

Patientendaten > Versichertenkarte

Anforderungsschein Humangenetisches Konsil

Bitte als Fax senden an 0621-42286-88

Anfordernder Arzt

Klinik/Station:

Telefon:

Schwangerschaft & Geburt: Besonderheiten: nein ja und zwar:

Geschlecht: weibl. männl. unklar
 Geb.maße: KG : _____ g KL: _____ cm KU: _____ cm Apgar: ___/___/___ NS-pH: _____

Anamnese:

Familienanamnese: Konsanguinität: nein ja

unauffällig auffällig , weil:

Wichtige Befunde: Aktuell: KG _____ g KL _____ cm KU _____ cm

| | nein | ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Psychomot. Retardierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Organfehlbildungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dysmorphien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neuromusk. Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HNO-ärztliche Diagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Augenärztliche Diagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bildgebung (MRT, Röntgen etc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auffällige Labordiagnostik: (Klin. Chemie, Stoffwechsel, Genetik) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragestellung / Verdachtsdiagnose:

Konsiliarische Stellungnahme

Datum: _____

Name (Humangenetiker/in): _____

Fotodokument. nein ja

Klinisch genetischer Befund:

(Verdachts-)Diagnose:

Procedere/Empfehlungen:

Labordiagnostik empfohlen: nein ja , und zwar

Andere Diagnostik empfohlen: nein ja , und zwar _____

Genetische Beratung empfohlen: nein ja , und zwar _____

O:\Documents\QMB\Formulare\Konsil\Anforderungsschein Humangenetisches Konsil_020715.doc