

GEHÖR

Otologische Erkrankung	nicht untersucht	<input type="checkbox"/>		
	nein	<input type="checkbox"/>	rechtes Ohr	linkes Ohr
	<u>falls ja:</u> Hörverlust		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tinnitus temporär		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tinnitus permanent		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sonstige		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls ja, bitte genaue Diagnose:

		rechtes Ohr	linkes Ohr	
Hörgeräteversorgung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
Audiogramm	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		(Wenn vorhanden, bitte Audiogramm beilegen!)

NIERE

Renale Erkrankung nicht untersucht nein ja

Falls ja, bitte genaue Diagnose:

Renale Therapie / Medikation:

Spontanurin	Glukosurie	<input type="checkbox"/> nicht untersucht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Proteinurie	<input type="checkbox"/> nicht untersucht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Hämaturie	<input type="checkbox"/> nicht untersucht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Quantitative Analyse	Kreatinin	..... µmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/>		
	Phosphat (PO ₄ ³⁻) mmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/>		
GFR	Kreatininclearance	..... ml/min/1,73m ²	normwertig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tubuläre fraktionelle Phosphatrückresorption (TRP)	Rückresorption % <input type="checkbox"/>	normwertig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		..... µmol/ml <input type="checkbox"/>		

Serum	Quantitative Analyse	Kreatinin	..... µmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/>	Labornormwerte:
		Phosphat (PO ₄ ³⁻) (= Phosphor anorganisch)	..... mmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/>	normwertig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Bicarbonat (HCO ₃ ⁻) mmol/l <input type="checkbox"/>	normwertig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Magnesium	..... mmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/>	normwertig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

ENDOKRINOLOGIE

Wachstum Körpergröße cm Körpergewicht kg
Körpergröße Vater cm
Mutter cm
Diagnose Wachstumsstörung? nein ja
Therapie / Medikation:

Gonaden / Pubertät

Tanner-B: 1 2 3 4 5 6

Tanner-PH: 1 2 3 4 5 6

Mädchen / Frauen

Störung der Regelblutung (z. B. Amenorrhoe)? nicht untersucht nein ja

Orales Kontrazeptivum? nicht bekannt nein ja

Falls ja, bitte genaue Diagnose:

Therapie / Medikation (z. B. Östrogensubstitution):
.....

Jungen / Männer

Hodenvolumen: links: ml rechts: ml

Störung der Spermiogenese? nicht untersucht nein ja

Falls ja, bitte genaue Diagnose:

Therapie / Medikation (z. B. Testosteronsubstitution):
.....

Schilddrüse

nicht untersucht unauffällig pathologisch

Falls pathologisch, bitte genaue Diagnose:

Therapie / Medikation:
.....

Sonographie durchgeführt? nein ja

Wenn ja, Sonographiebefund:

Labor / Serum TSH (basal): µU/ml Labornormwerte:
freies Thyroxin: ng/l Labornormwerte:
(= freies T4, fT4) pg/ml

SONSTIGE KLINISCH RELEVANTE SPÄTFOLGEN

Katarakt o nicht untersucht o nein o ja
wenn ja, genaue Diagnose:

Lebererkrankung o nicht untersucht o nein o ja
wenn ja, genaue Diagnose:

Lungenfunktionsstörung o nicht untersucht o nein o ja
wenn ja, genaue Diagnose:

Vitalkapazität: % des Sollwertes (VC %):

Osteoporose o nicht untersucht o nein o ja
wenn ja, genaue Diagnose:

Skoliose o nicht untersucht o nein o ja
wenn ja, genaue Diagnose:

Virusinfektion (HBV, HCV, HIV, CMV, ...) o nicht untersucht o nein o ja
wenn ja, genaue Diagnose:

ZNS-Erkrankung o nicht untersucht o nein o ja
wenn ja, genaue Diagnose:

andere Spätfolgen o nicht untersucht o nein o ja
wenn ja, genaue Diagnose (keine Störungen des Bewegungsapparates):

Begleiterkrankungen / Nebendiagnosen

Weitere, noch nicht aufgeführte Medikation

Sonstiges / Kommentare

Telefon:

Fax:

Stempel, Name (bitte in Druckbuchstaben), Datum, Unterschrift