



**PÄDIATRISCH-GENETISCHE VISITE**

Name: _____	Vorname: _____	Geburtsdatum: _____	Station: _____
Schwangerschaft	SSW: _____	Geb.-gewicht: _____ g	( _____ Perz.)
Geburt:		Länge: _____ cm	( _____ Perz.)
	APGAR: _____	NS-pH: _____	KU: _____ cm ( _____ Perz.)
Geburtskomplikationen: _____			
Aktuelle Maße: Gewicht: _____ g	( _____ Perz.)	Länge _____ cm	( _____ Perz.)
		KU: _____ cm	( _____ Perz.)
Angaben zum Krankheitsverlauf/auffällige Symptome/wichtige Untersuchungsbefunde (mit Kopien)/ Familienanamnese/Stammbaum ggf. Verdachtsdiagnose			
Datum: _____	Stationsarzt: _____	Tel.-Nr.: _____	
(Name in Druckbuchstaben)			
Befundmitteilung:			
Datum: _____	Konsiliarius: _____	Tel.-Nr.: _____	
(Name in Druckbuchstaben)			
Bitte senden Sie Ihren abschließenden Arztbrief per Hauspost oder Fax an das Institut für Humangenetik.			