

# Untersuchungsbefund am:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  Junge  Mädchen

Geb. am    Alter: \_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_ Monate

1. Allgemeinzustand: RR(mmHg) \_\_\_\_\_ Puls \_\_\_\_\_/min Temperatur \_\_\_\_\_°C

keine Auffälligkeiten  Es bestehen folgende Auffälligkeiten oder Befunde:

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2. Auxologische Daten

Körperhöhe		HSDS	Proportionen
Sitzhöhe		Sitzh./H.	<input type="checkbox"/> normal
Spannweite		H. Spannw.	<input type="checkbox"/> disproportioniert
Umfänge:	cm	Hautfaldendicken	li. / re. cm <input type="checkbox"/> Asymmetrie
Kopf		triceps	
Brust		biceps	
Bauch		subscap.	
Oberarm		abd.	
Gewicht (kg)			
BMI (kg/m <sup>2</sup> )			

## 3. Pubertätsentwicklung n. Tanner

Brust (li. / re.) ____ / ____	Schamhaare:	Hodenvolumen (li. / re.) ____ ml / ____ ml
-------------------------------	-------------	--

## 4. Genitalbefund: unauffällig Besonderheiten

<b>bei Jungen:</b>	<b>bei Mädchen:</b>
Hodenhochstand* <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> bds	<input type="checkbox"/> Virilismus
Kryptorchismus <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> bds	<input type="checkbox"/> Hirsutismus <input type="checkbox"/> Hypertrichose
Pendelhoden <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> bds	<input type="checkbox"/> Clitorishypertrophie
fehlender Hoden <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> bds	<input type="checkbox"/> Hymen
Varicocele** <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> bds	<input type="checkbox"/> andere Anomalien _____
Hydrocele <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> bds	_____
<input type="checkbox"/> Hypospadie <input type="checkbox"/> Epispadie <input type="checkbox"/> Phimose	_____
<input type="checkbox"/> Micropenie <input type="checkbox"/> Hypergenitalismus	_____
Penislänge ____ cm	_____
*Hodenlage <input type="checkbox"/> präscrotal <input type="checkbox"/> inguinal <input type="checkbox"/> abdominal	
** Stadium	

## 5. Anomalien / Pathologische Befunde

<input type="checkbox"/> Herz
<input type="checkbox"/> Nieren
<input type="checkbox"/> Skelett
<input type="checkbox"/> Haut
<input type="checkbox"/> Haare

## 6. Spezielle Befunde

<input type="checkbox"/> cafe au lait Flecken (Anzahl, Lokalisation)
<input type="checkbox"/> andere

## 7. Syndrom

	Befunde:
<input type="checkbox"/> UTS	
<input type="checkbox"/> Noonan	
<input type="checkbox"/> Silver-Russel	
<input type="checkbox"/> Prader-Willi	
<input type="checkbox"/> Alkohol-Embryopathie	

## 8. Knochenalter

Röntgenaufnahme der linken Hand am:

nach <input type="checkbox"/> Greulich-Pyle <input type="text"/> <input type="text"/> JJ,MM <input type="checkbox"/> andere Methode
<b>Prospektive Endhöhe</b> berechnet nach Bayley/Pinneau _____ ± _____ cm
<b>Zielhöhe</b> (Target height) _____ cm
(Höhe des Vaters – Höhe der Mutter/ 2, plus 6,5 bei Jungen, minus 6,5 bei Mädchen)

## 8. (Verdachts-) Diagnose


## 9. Maßnahmen
