

ERSTVORSTELLUNG

Name:

| | |
|--|---|
| Datum | |
| Größe | cm |
| Gewicht | kg |
| Blutdruck | U-Stix: Eiweiß _____ Leukos _____ Blut _____ |
| BE | |
| Grund der Vorstellung/Anamnese/Verlauf | |
| Therapie | |

| Trinkmenge / Tag | Miktionsfrequenz | /Tag |
|--------------------|----------------------------|--------------------------|
| Ödeme | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Harnkontinent | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Rezidivierende HWI | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Makrohämaturie | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |

ERSTVORSTELLUNG

Anamnese

Geburtsanamnese

| | |
|--|--------------|
| SSW | Geburtslänge |
| Geburtsgewicht | Kopfumfang |
| Besonderheiten bei der Geburt | |
| Peri-/Postpartale Adaptationsschwierigkeiten | |

Schwangerschaftsanamnese und präpartale Auffälligkeiten

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| Oligohydramnion | N | ? | J | erstmal in der ____ SSW; Intervention: |
| Gestationsdiabetes | N | ? | J | erstmal in der ____ SSW; Therapie: |
| Medikamente | N | ? | J | Welche? |
| Andere Besonderheiten während der Schwangerschaft: | | | | |
| Sonographische Auffälligkeiten präpartal (bitte jeweils mit Angabe der SSW bei Beginn der Symptome): | | | | |

Familienanamnese

| | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------|--|
| Vater, geb.: | | Krankheiten: | | | |
| Größe | | Gewicht | | Herkunft | |
| <i>Renale Erkrankung</i> | <input type="radio"/> Nierenzysten | <input type="radio"/> chron. Niereninsuffizienz | <input type="radio"/> Dialyse | <input type="radio"/> ADPKD | |
| <input type="radio"/> KEINE | <input type="radio"/> ARPKD | <input type="radio"/> Nierentransplantation | <input type="radio"/> Nephronophthise | <input type="radio"/> HNF1β | |
| <i>andere renale KH:</i> | | | bereits in einem Register? | | |
| Mutter, geb.: | | Krankheiten: | | | |
| Größe | | Gewicht | | Herkunft | |
| <i>Renale Erkrankung</i> | <input type="radio"/> Nierenzysten | <input type="radio"/> chron. Niereninsuffizienz | <input type="radio"/> Dialyse | <input type="radio"/> ADPKD | |
| <input type="radio"/> KEINE | <input type="radio"/> ARPKD | <input type="radio"/> Nierentransplantation | <input type="radio"/> Nephronophthise | <input type="radio"/> HNF1β | |
| <i>andere renale KH:</i> | | | bereits in einem Register? | | |

Konsanguinität Nein Unklar Ja Wie verwandt?

Geschwister

| | Geb. Dat. | Geschlecht | Relevante Krankheiten |
|---|-----------|------------|-----------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |

ERSTVORSTELLUNG

Erweiterte Familienanamnese

Sind bei Mitgliedern des erweiterten Familienkreises eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen bekannt?

| Welche Familienangehörigen? (Nr. angeben s.unten) | | | |
|---|---|---|---|
| Nierenzysten | N | ? | J |
| Chronische Niereninsuffizienz | N | ? | J |
| Dialyse | N | ? | J |
| Leberzysten | N | ? | J |
| Chronische Lebererkrankung | N | ? | J |
| Diabetes vor dem 50. LJ | N | ? | J |
| Gestationsdiabetes | N | ? | J |
| Gicht | N | ? | J |
| ARPKD | N | ? | J |
| ADPKD | N | ? | J |
| BBS | N | ? | J |
| Nephronophthise | N | ? | J |
| HNF1β Nephropathie | N | ? | J |
| Andere zystische Nierenerkrankung | | | |
| Sonstiges: | | | |

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| 1) Großvater mütterlicherseits | 6) Großvater väterlicherseits | |
| 2) Großmutter mütterlicherseits | 7) Großmutter väterlicherseits | |
| 3) Onkel mütterlicherseits | 8) Onkel väterlicherseits, | |
| 4) Tante mütterlicherseits | 9) Tante väterlicherseits | 11) Andere: _____ |
| 5) Cousin/Cousine mütterlicherseits | 10) Cousin/Cousine väterlicherseits | |

Platz für Stammbaum:

ERSTVORSTELLUNG

Körperlicher Befund

Haut + Skelett + Organlateralisation

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|--|-------------------------------|---|---|---|--|
| Postaxiale Hexadaktylie | N | ? | J | | Brachydaktylie | N | ? | J | |
| Syndaktylie | N | ? | J | | auffällige Finger-/Zehennägel | N | ? | J | |
| Thoraxhypoplasie | N | ? | J | | Kurze Rippen | N | ? | J | |
| Zapfenepiphysen | N | ? | J | | Zahnanomalien | N | ? | J | |
| Acanthosis nigricans | N | ? | J | | Striae | N | ? | J | |
| Exanthem | N | ? | J | | | N | ? | J | |
| Situs ambiguus | N | ? | J | | Situs inversus totalis | N | ? | J | |
| Sonstiges: | | | | | | | | | |

Regelm. orthopädische Betreuung Nein Ja (bitte betreuenden Arzt angeben):.

Gastrointestinal

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|-----------------------------------|------------------|---|---|---|--|
| Chronische Obstipation | N | ? | J | | Leberzysten | N | ? | J | |
| Chronische Diarrhoe | N | ? | J | | Ikterus | N | ? | J | |
| palpable Hepatomegalie | N | ? | J | | Aszites | N | ? | J | |
| palpable Splenomegalie | N | ? | J | | Ösophagusvarizen | N | ? | J | |
| Transaminasenerhöhung | N | ? | J | | Hyperphagie | N | ? | J | |
| Cholelithiasis | N | ? | J | | M. Hirschsprung | N | ? | J | |
| Gastrointestinale Blutung | N | ? | J | Endoskopie: (Datum und Ergebnis): | | | | | |
| Sonstiges: | | | | | | | | | |

Regelm. GE - Betreuung Nein Ja (bitte betreuenden Arzt angeben):.

Pulmologisch + HNO

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|--|----------------------------|---|---|---|--|
| Rez. Atemwegsinfekte | N | ? | J | | Anosmie | N | ? | J | |
| Asthma bronchiale | N | ? | J | | Parazentese/ Paukenröhrch. | N | ? | J | |
| Polyposis nasi | N | ? | J | | Hörminderung | N | ? | J | |
| Tagesmüdigkeit | N | ? | J | | Hörgeräteversorgung | N | ? | J | |
| persistierendes Schnarchen | N | ? | J | | | N | ? | J | |
| Sonstiges: | | | | | | | | | |

pulmologische/HNO Betreuung Nein Ja (bitte betreuenden Arzt angeben):.

Kardiologisch

| | | | |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------|---|
| Angeb. Herzfehler | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja: | |
| Dextrokardie | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja: | |
| 24 h RR Messung durchgeführt? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | Zuletzt am _____ |
| | | | <input type="radio"/> Tagesmittelwert _____ |

ERSTVORSTELLUNG

| | | | |
|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|--|
| | | | <input type="radio"/> Nachtmittelwert _____ <input type="radio"/> Gesamtmittelwert _____ <input type="radio"/> Keine Hypertonie <input type="radio"/> Hypertonie <input type="radio"/> Nachtabenkung regelrecht <input type="radio"/> Keine Nachtabenkung <input type="radio"/> Sonstiges _____ <input type="radio"/> Befund beiliegend |
| Echokardiographie durchgeführt? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | Zuletzt am _____ <input type="radio"/> Unauffällig <input type="radio"/> Linksventrikuläre Hypertrophie <input type="radio"/> Sonstiges: _____ |
| EKG durchgeführt? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | Zuletzt? _____ <input type="radio"/> Unauffällig <input type="radio"/> Auffällig: _____ |
| Sonstiges | | | |

kardiologische Betreuung Nein Ja (bitte betreuenden Arzt angeben):.

Sinnesorgane und Nervensystem

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| Ataxie | N | ? | J | |
| Muskuläre Hypotonie | N | ? | J | |
| Mikrozephalus | N | ? | J | |
| Psychomotorische Retardierung | N | ? | J | |
| Krampfanfälle | N | ? | J | Zuletzt? _____ wie häufig? _____ |
| EEG durchgeführt | N | ? | J | Zuletzt? _____ <input type="radio"/> Unauffällig <input type="radio"/> Auffällig: _____ |
| Autoaggression | N | ? | J | |
| Autistische Verhaltenszüge | N | ? | J | |
| Störung der Impulskontrolle | N | ? | J | |
| Lernschwierigkeiten | N | ? | J | |
| Kindergarten-/Schuljahr und Schulleistungen: | | | | |
| Sonstiges | | | | |

Regelm. neurologische Betreuung Nein Ja (bitte betreuenden Arzt angeben):.

Entwicklung

| | | |
|--------|--------------------------|--------------------|
| Sitzen | Gehen | harnkontinent tags |
| Stehen | Bitte in Monaten angeben | |

Augen

Pupillen _____ Lichtreaktion _____

| | | | | | | | |
|-------------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|
| Erblindung | N | ? | J | Iriskolobom | N | ? | J |
| Brillenversorgung | N | ? | J | Optikusatrophie | N | ? | J |

ERSTVORSTELLUNG

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|--|----------------------|---|---|---|--|
| Strabismus | N | ? | J | | Farbsinnstörung | N | ? | J | |
| Astigmatismus | N | ? | J | | Gesichtsfeldausfälle | N | ? | J | |
| Nachtblindheit | N | ? | J | | Nystagmus | N | ? | J | |
| okulomotorische Apraxie | N | ? | J | | Katarakt | N | ? | J | |
| Sonstiges: | | | | | | | | | |

ophthalmologische Betreuung Nein Ja (bitte betreuenden Arzt angeben):.

Geschlechtsorgane

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|--|--|---|----------------------------|---|-----------------|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> weiblich | Menarche | | | | PH _____ B _____ | | | | | | |
| <input type="radio"/> männlich | PH _____ G _____ | | | | Hodenvolumen _____ / _____ | | | | | | |
| | Maldeszensus testis | | | N | ? | J | Hypospadie | | N | ? | J |
| | Mikropenis | | | N | ? | J | Scrotum bifidum | | N | ? | J |
| Sonstiges: | | | | | | | | | | | |

ERSTVORSTELLUNG

Sonographie der Nieren

Name: _____ Datum _____ Untersucher _____

Anlageanomalie / Lageanomalie:

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|--------------------------------|---|---|---|
| Nierenagenesie | N | ? | J | Verschmelzungsnier/Kuchenniere | N | ? | J |
| Megaureter | N | ? | J | Doppelnier | N | ? | J |
| Hydronephrose | N | ? | J | Gekreuzte Dystopie | N | ? | J |
| Dysplasie | N | ? | J | Hufeisenniere | N | ? | J |
| Sonstiges: | | | | | | | |

RECHTE NIERE

LINKE NIERE

| | | |
|---|--|--|
| Lage | <input type="radio"/> orthotop <input type="radio"/> dystop: _____ | <input type="radio"/> orthotop <input type="radio"/> dystop: _____ |
| Außenkontur | <input type="radio"/> glatt <input type="radio"/> (fetale) Renkulierung | <input type="radio"/> glatt <input type="radio"/> (fetale) Renkulierung |
| Bipolare Länge | _____ cm | _____ cm |
| Quer-Durchmesser 1 | _____ cm | _____ cm |
| Quer-Durchmesser 2 | _____ cm | _____ cm |
| Volumen | _____ ml | _____ ml |
| Nierenbecken quer | _____ mm | _____ mm |
| Nierenparenchym | <input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> erhöhte Echogenität | <input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> erhöhte Echogenität |
| Mark-Rindendifferenzierung | <input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> reduziert <input type="radio"/> aufgehoben | <input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> reduziert <input type="radio"/> aufgehoben |
| Nierenzysten | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unklar | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unklar |
| <ul style="list-style-type: none"> Lage der Zysten | <input type="radio"/> Kortikal <input type="radio"/> Medullär | <input type="radio"/> Kortikal <input type="radio"/> Medullär |
| <ul style="list-style-type: none"> Anzahl der Zysten | <input type="radio"/> < 5 Zysten <input type="radio"/> > 5 Zysten | <input type="radio"/> < 5 Zysten <input type="radio"/> > 5 Zysten |
| <ul style="list-style-type: none"> Größe der Zysten | <input type="radio"/> Größe < 10 mm (alle Zysten) <input type="radio"/> Größe > 10 mm (mind. 1 Zyste) | <input type="radio"/> Größe < 10 mm (alle Zysten) <input type="radio"/> Größe > 10 mm (mind. 1 Zyste) |
| Ableitende Harnwege/Blase | | |
| Harntransportstörung | <input type="radio"/> Ja _____ <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unklar | <input type="radio"/> Ja _____ <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unklar |
| Sonstiges: | | |

Abdomensonographie

Name: _____ Datum _____ Untersucher _____

| | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| Inhomogenes Lebergewebe | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> unklar | <input type="radio"/> Ja | |
| Steatosis hepatis | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> unklar | <input type="radio"/> Ja | |
| <i>Periportale Fibrose</i> | <input type="radio"/> <i>Nein</i> | <input type="radio"/> <i>unklar</i> | <input type="radio"/> <i>Ja</i> | |
| Aszites | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> unklar | <input type="radio"/> Ja | |
| Erweiterte Gallenwege | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> unklar | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Intrahepatisch <input type="radio"/> extrahepatisch |
| Gallengangszysten | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> unklar | <input type="radio"/> Ja | |
| Kollateralkreisläufe | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> unklar | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Leberunterrand <input type="radio"/> Milz <input type="radio"/> umbilikal <input type="radio"/> Omentum minus |
| Pfortaderfluss < 16 cm / sek | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> unklar | <input type="radio"/> Ja | |
| Leberzysten | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> unklar | <input type="radio"/> Ja | |
| Lebergröße in der MCL | | | | cm |
| Pankreaszysten | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> unklar | <input type="radio"/> Ja | |
| Milzgröße | | | | cm |
| Sonstiges: | | | | |

sonographische Auffälligkeiten der weiblichen Geschlechtsorgane: