

VERLAUFSKONTROLLE

Name:

Datum	Datum letzte Vorstellung
Größe cm	Gewicht kg
Blutdruck / Puls	U-Stix: Eiweiß _____ Leukos _____ Blut _____
BE	
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	

Kardiologisch

O kardiologisches Konsil erfolgt und beigefügt

24 h RR Messung durchgeführt?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Zuletzt am _____
			<input type="radio"/> Tagesmittelwert _____ <input type="radio"/> Nachtmittelwert _____ <input type="radio"/> Gesamtmittelwert _____ <input type="radio"/> Keine Hypertonie <input type="radio"/> Hypertonie <input type="radio"/> Nachtabsenkung regelrecht <input type="radio"/> Keine Nachtabsenkung <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:			

Gastrointestinal

O gastroenterologisches Konsil erfolgt und beigefügt

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:									

Pulmologisch + HNO

O Pulmologisches / O HNO - Konsil erfolgt und beigefügt

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:									

Augen

O augenärztliches Konsil erfolgt und beigefügt

Sehhilfe vorhanden?	N	?	J	
AA – Konsil erfolgt?	N	?	J	Zuletzt am _____
eingeschränkte Augenfolgebewegungen	N	?	J	
Nystagmus	N	?	J	
Gesichtsfeldausfälle	N	?	J	
Katarakt	N	?	J	
Fundus hypertonicus	N	?	J	
Sonstiges				

ZNS

O neurologisches Konsil erfolgt und beigefügt

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? _____ O Unauffällig O Auffällig:
Autoaggression	N	?	J	
Autistische Verhaltenszüge	N	?	J	
Störung der Impulskontrolle	N	?	J	
Lernschwierigkeiten	N	?	J	
Kindergarten-/Schuljahr und Schulleistungen:				
Sonstiges				

Entwicklung

Sitzen	Gehen	harnkontinent tags
Stehen	Bitte in Monaten angeben	

Geschlecht

weiblich

männlich

Menarche	Jahre	PH _____ G _____
PH _____ B _____	Hodenvolumen re _____ / li _____	

Sonographie der Nieren

Name: _____ Datum _____ Untersucher _____

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:		

Name:

Abdomensonographie 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	
Periportale Fibrose	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> unklar	<input type="radio"/> Ja	
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:				

Neue sonographische Auffälligkeiten der weiblichen Geschlechtsorgane: