

**Formular Vernetzte Versorgung
Kleinwuchs**

Zuweiser: _____

Name Patient: _____

Alter: _____

Anamnese (Zutreffendes ankreuzen)

- Größe Mutter
- Größe Vater
- Länge aktuell
- Perzentilenkurve/ Längenmessungen gelbes Heft
- Andere Erkrankungen

Klinische Symptome (Zutreffendes ankreuzen)

- Perzentilen gekreuzt
- Gewichtsabnahme/Gewichtszunahme
- Kopfschmerzen
- Essstörung
- Gastrointestinale Symptome
- Struma

Befunde

Größe: _____

Gewicht: _____

Knochenalter: _____

TSH: _____

T4 (fT4): _____

T3: _____

IGF1: _____

Eltern wünschen 2. Meinung ja
 nein