

Befundbogen für die sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte

Untersuchender Arzt: _____

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Indikation: Screening (U3) Untersuchungsdatum: _____

Familienanamnese: negativ positiv _____

Geburtsverlauf: normal BEL _____

| KLINISCHER BEFUND | | Rechts | Links |
|------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ohne pathologischen Befund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Abspreizhemmung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Instabilität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SONOGRAPHISCHER BEFUND | | | |
| Knöcherner Formgebung: | gut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ausreichend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | mangelhaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | schlecht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knöcherner Erker: | eckig, stumpf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | rund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | flach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | Rechts | Links |
|--------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Knorpeliger Erker: | übergreifend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | verdrängt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | zusätzl. Bemerkungen | | |
| Winkel: | Alpha | | |
| | Beta | | |
| Hüfttyp nach Graf: | | | |

Diagnostische/ Therapeutische Konsequenzen:

- keine Therapie
- Kontrolluntersuchung in _____
- Nachreifungstherapie
- Retentionstherapie
- Repositionstherapie
- andere Empfehlungen _____

Erfolgte für die empfohlenen diagnostischen und/oder therapeutischen Konsequenzen eine Überweisung?

- Ja Nein

Ort und Datum

Unterschrift und Arztstempel