

Befundbogen Sonographie der Säuglingshüften (nach Graf)

(gemäß § 135 Abs. 2 SGB V Anlage V)

Praxisstempel

Name, Vorname des Patienten/ der Patientin:

Geburtsdatum: _____

Untersucher: _____

Pat.-Nr./ ID: _____

Untersuchungsdatum: _____

Indikation	<input type="checkbox"/> U2	<input type="checkbox"/> U3/ Screening	<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung	<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung						
Anamnese	<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> sonstiges: _____									
	<input type="checkbox"/> positive Familienanamnese									
	<input type="checkbox"/> Beckenendlage <input type="checkbox"/> Sectio <input type="checkbox"/> Sectio bei BEL <input type="checkbox"/> Frühgeburt in SSW _____									
	<input type="checkbox"/> Stellungsanomalie/ Fehlbildungen (z.B.Füße) li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/>									
Klinik	<input type="checkbox"/> kein pathologischer Befund		<input type="checkbox"/> weiteres: _____							
	<input type="checkbox"/> Abspreizhemmung li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Hüftgelenks-Instabilität li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/>							
Messergebnis										
	<u>links</u>	α -Winkel _____	β -Winkel _____							
	<u>rechts</u>	α -Winkel _____	β -Winkel _____							
Hüfttyp										
	<u>links</u>	Ia <input type="checkbox"/>	Ib <input type="checkbox"/>	IIa+ <input type="checkbox"/>	IIa- <input type="checkbox"/>	IIb <input type="checkbox"/>	IIc <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>
	<u>rechts</u>	Ia <input type="checkbox"/>	Ib <input type="checkbox"/>	IIa+ <input type="checkbox"/>	IIa- <input type="checkbox"/>	IIb <input type="checkbox"/>	IIc <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>
Diagnose	reife Hüfte bds. <input type="checkbox"/>		physiologische Hüftreifungsverzögerung li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/>							
			Hüftdysplasie li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/>							
			Hüftluxation li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/>							
Therapie	<input type="checkbox"/> keine Therapie									
	<input type="checkbox"/> Nachreifungstherapie		<input type="checkbox"/> Retentionstherapie <input type="checkbox"/> Repositionstherapie							
	<input type="checkbox"/> Kontrollsono in _____ Wochen		<input type="checkbox"/> Überweisung/ Einweisung							
	sonstige Maßnahmen: _____									

weitere Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift des Untersuchers