Universitätsklinikum Essen
Anstalt des öffentlichen Rechts

Institut für Humangenetik
Direktor: Prof. Dr. Frank Kaiser
Tel: (0201) 723-4560/4561
Fax: (0201) 723-5900
E-Mail: mvz.humangenetik@uk-essen.de

PÄDIATRISCH-GENETISCHE VISITE

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Station: _____

Schwangerschaft/Geburt: SSW: _____ Geb.-gewicht: _____ g (_____ Perz.)
Länge _____ cm (_____ Perz.)
APGAR: _____ NS-pH: _____ KU: _____ cm (_____ Perz.)
Komplikationen: _____

Aktuelle Maße: Gewicht _____ g (_____ Perz.) Länge _____ cm (_____ Perz.)
KU: _____ cm (_____ Perz.)

Angaben zum Krankheitsverlauf/auffällige Symptome/wichtige Untersuchungsbefunde (mit Kopien)
Familienanamnese/Stammbaum ggf. Verdachtsdiagnose

Wurde bereits genetische Diagnostik extern durchgeführt? (Ergebnisse, ggf. Befunde beifügen) oder aktuell veranlasst?

Datum: _____ Stationsarzt: _____ Tel.-Nr.: _____
(Name in Druckbuchstaben)

Befundmitteilung:

Datum: _____ Konsiliarius: _____ Tel.-Nr.: _____
(Name in Druckbuchstaben)

Bitte senden Sie Ihren abschließenden Arztbrief per Hauspost oder Fax an das Institut für Humangenetik.

ID: 224755 – Rev: 001/09.2026 – Stand: 01.09.2026