

# Sonographie der Säuglingshüfte

## Schriftliche Dokumentation

(entspr. den Anforderungen der Anlage V § 6 Ultraschall-Vereinbarung i. V. mit Anlage 5 zu Abschnitt B Nr. 3 der Kinder-RL):

Patient: .....

geb. am: .....

### 1. Anamnese:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
|  | ja                       |
| Geburt aus Beckenendlage                                 | <input type="checkbox"/> |
| Hüftgelenksluxation in der Familie                       | <input type="checkbox"/> |
| Hüftgelenksdysplasie in der Familie                      | <input type="checkbox"/> |
| Stellungsanomalien bzw. Fehlbildungen (insbes. der Füße) | <input type="checkbox"/> |

### 2. klinische Angaben:

Abspreizhemmung: ja

Instabilität des Hüftgelenks (Grad I-IV nach Tönnis)

	links	rechts
keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klicken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
subluxierbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
luxierbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
luxiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Hüfttyp nach Graf:

Hüftsonographischer Vorbefund: ja  nein  unbekannt

Hüfttyp nach Graf links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_

Alpha Winkel (Grad) links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_

Beta Winkel (Grad) links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_

Hüftsonographischer Befund:

Hüfttyp nach Graf:	links:	Ia/b	<input type="checkbox"/>	rechts:	Ia/b	<input type="checkbox"/>
		IIa	<input type="checkbox"/>		IIa	<input type="checkbox"/>
		IIc/g,D	<input type="checkbox"/>		IIc/g; D	<input type="checkbox"/>
		IIIa	<input type="checkbox"/>		IIIa	<input type="checkbox"/>
		IIIb	<input type="checkbox"/>		IIIb	<input type="checkbox"/>
		IV	<input type="checkbox"/>		IV	<input type="checkbox"/>

Alpha-Winkel (Grad) links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_

Beta-Winkel (Grad) links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_

### 4. diagnostische und therapeutische Konsequenzen

- |                       |    |  |
|-----------------------|----|--|
| keine Therapie        | ja | <input type="checkbox"/>                 |
| Kontrolluntersuchung: | ja | <input type="checkbox"/> nach ___ Wochen |
| Nachreifungstherapie  | ja | <input type="checkbox"/>                 |
| Retentionstherapie    | ja | <input type="checkbox"/>                 |
| Repositionstherapie   | ja | <input type="checkbox"/>                 |
| andere Empfehlungen   | ja | <input type="checkbox"/>                 |

Überweisung für diagnostischen und/oder therapeutischen Konsequenzen erfolgt ja

Arztstempel

Unterschrift

Datum der Ultraschalluntersuchung