

# DOKUMENTATIONSBOGEN ULTRASCHALL DER SÄUGLINGSHÜFTE

(gemäß § 135 Abs. 2 SGB V Anlage V)



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG  
RHEINLAND-PFALZ

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_

Pat.-Nr./ID: \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_

Praxisstempel

**Indikation**  U3 / Screening  Erstuntersuchung  Kontrolluntersuchung

**Anamnese**  keine Auffälligkeiten  
 Beckenendlage  pos. Familienanamnese  Stellungsanomalie/Fehlbildungen (z.B.: Füße) re.  li.

**Klinik**  kein pathologischer Befund  
 Abspreizhemmung re.  li.  Hüftgelenks-Instabilität re.  li.   
 "klicken" re.  li.  subluxierbar re.  li.  luxierbar re.  li.  luxiert re.  li.

**Messergebnis**

	rechts	links
$\alpha$ -Winkel:.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
$\beta$ -Winkel:.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Hüfttyp (nach Prof. Graf)**

rechts la  lb  IIa+  IIa-  IIb  IIc  D  IIIa  IIIb  IV

links la  lb  IIa+  IIa-  IIb  IIc  D  IIIa  IIIb  IV

**Diagnose** reife Hüfte: re.  li.  Physiologische Reifeverzögerung: re.  li.   
 Hüftdysplasie re.  li.  Hüftluxation re.  li.

**Therapie**  keine Therapie  
 breit wickeln  Abspreizbehandlung  Kontroll-Sono in \_\_\_\_ Wochen  Röntgen  Überweisung

**Bemerkungen/weitere Diagnosen**  keine

.....

.....

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_