

# Befundbogen Sonographie der Säuglingshüfte

Initialen des Patienten lt. Anforderungsschreiben: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

Es wurde folgendes Gerät verwendet:

Wenn nur ein Gerät verwendet wird, bitte nur einmal ausfüllen.

Hersteller	Gerätename	Seriennummer	Baujahr	Schallkopfbezeichnung
------------	------------	--------------	---------	-----------------------

## Anamnese:

Geburt aus Beckenendlage	<input type="checkbox"/>
Hüftluxation/-dysplasie in Herkunftsfamilie	<input type="checkbox"/>
Stellungsanomalie bzw. Fehlbildung (insb. der Füße)	<input type="checkbox"/>

## Klinik:

Abspreizhemmung	<input type="checkbox"/>	
Hüftgelenksinstabilität:		
keine	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>
klicken	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>
subluxierbar	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>
luxierbar	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>
luxiert	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>

## Hüftsonographie:

A) Hüftsonographischer Vorbefund: ja  nein  unbekannt

Hüfttyp (nach Graf) R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_

Alpha-Winkel (Grad) R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_ Beta-Winkel (Grad) R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_

## B) Hüftsonographischer Befund:

Hüfttyp (nach Graf) R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_

Alpha-Winkel (Grad) R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_ Beta-Winkel (Grad) R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_

## Weiteres Vorgehen:

- keine Therapie
- Kontrolluntersuchung
- Nachreifungstherapie
- Retentionstherapie
- Repositionstherapie
- Überweisung zur diagnostischen Abklärung

andere Empfehlungen:

Hier bitte die LANR (7-stellig) des Untersuchers eintragen:

Falls der Untersucher ein Weiterbildungs- oder Sicherstellungsassistent war bitte hier Kürzel/Name eintragen: