

Sehr geehrte Familie! Liebe Patientin / Lieber Patient! Liebe/r Kollege / Kollegin!

Um den Ablauf der Vorstellung/Abklärung bei

**„Verdacht angeborenen Knochenbruchneigung“**

zur Zufriedenheit Ihrer PatientInnen gestalten zu können, ersuchen wir Sie um Mitarbeit und Kenntnisnahme folgenden Vorgehens:

Gemäß **internationaler Richtlinien** empfehlen wir die Voruntersuchung hinsichtlich Knochenbruchneigung bei

- $\geq 2$  Brüchen der langen Röhrenknochen  $<10$ .Lebensjahr
- $\geq 3$  Brüchen der langen Röhrenknochen  $<18$ . Lebensjahr
- Wirbelkörperkompressionen in der Bildgebung
- St. p. Knochenbruch und klinischem Verdacht auf primäre Osteoporose Kleinwuchs, Blaue Skleren, Hörminderung, Kariesneigung, Hyperelastizität
- familiärem Auftreten von Knochenbrüchen im Kindes- und Jugendalter

**Untersuchungen:**

- a. **Perzentilenkurve** (zB über [www.wachstum.at](http://www.wachstum.at))  
**Laborbefunde** (max 6 Mo alt) Serum: Ca, P, Kreatinin, ALP, PTH , 25-Vitamin D  
Harn: Ca, P, Kreatinin, Mikroalbumin
- b. **Klinischer Anamnesebogen** (umseitig)

Im Falle auffälliger oder unklarer Befunde übermitteln Sie oder die Eltern uns bitte diese Befunde:

per Post an **Leitstelle Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde**  
**Klinikpfad Knochen**  
**Währinger Gürtel 18-20**  
**1090 Wien**

per Fax an **+43 (0)1 40400 32380**

per Mail an **[Post\\_AKH\\_KIN\\_EndoKnochen@akhwien.at](mailto:Post_AKH_KIN_EndoKnochen@akhwien.at)**

Gegebenenfalls wird anlässlich einer Vorstellung in unseren Ambulanzen eine ergänzende Untersuchung durchgeführt- **Im Fall von unvollständigen Unterlagen, insbesondere beim Fehlen der Perzentilenkurven, kann die Anmeldung nicht bearbeitet werden.**

⇓⇓ **Anamnesebogen, BITTE AUSFÜLLEN** ⇓⇓**Allgemeines:**

Gibt es chronische Vorerkrankungen?  
wenn ja, welche?  ja  nein  weiß nicht

---

Werden / wurden über 3 Monate Medikamente eingenommen?  
wenn ja, welche?  ja  nein  weiß nicht

---

Gibt es Allergien?  
wenn ja, welche?  ja  nein  weiß nicht

---

**Bestehen folgende Symptome (bitte ankreuzen):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Leistenbruch / sonstige Hernien | <input type="checkbox"/> Augenprobleme   |
| <input type="checkbox"/> Hörverminderung                 | <input type="checkbox"/> Zahnprobleme    |
| <input type="checkbox"/> Luxationen                      | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |

**Geburtsdaten:**

Geburt in Schwangerschaftswoche \_\_\_\_ Geburtslänge \_\_\_cm Geburtsgewicht \_\_\_\_\_g

Probleme während Schwangerschaft (Plazentalösung, Infekte, etc.)?  ja  nein

Probleme nach Geburt (Intensivstation, schwere Infekte)?  ja  nein

---

**Familiengeschichte:**

Körperlänge Eltern: Mutter \_\_\_\_cm Vater \_\_\_\_cm

Geschwister (m/w, Alter, Körperlänge):

---

Gibt es erbliche Erkrankungen in der Familie?  
wenn ja, welche?  ja  nein  weiß nicht

---

Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zwischen  
Mutter und Vater?  ja  nein  weiß nicht  
wenn ja, welche?

---

Gibt es in der Familie Osteoporose vor dem 50. Lebensjahr?  ja  nein  weiß nicht

---

