



Erfassungsbogen

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____.____._____

Gibt es weitere betroffene Familienmitglieder: nein ja (welche: _____)

Welches Gen ist verändert? (bitte ankreuzen):

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> PTPN11 | <input type="checkbox"/> SOS1 | <input type="checkbox"/> RAF1 | <input type="checkbox"/> RIT1 |
| <input type="checkbox"/> KRAS | <input type="checkbox"/> NRAS | <input type="checkbox"/> RRAS | <input type="checkbox"/> RRAS2 |
| <input type="checkbox"/> SHOC2 | <input type="checkbox"/> PPP1CB | <input type="checkbox"/> MEK1 (MAP2K1) | <input type="checkbox"/> MEK2 (MAP2K2) |
| <input type="checkbox"/> LZTR1 | <input type="checkbox"/> BRAF | <input type="checkbox"/> andere: _____ | <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt |

Herzfehler: _____

Aktuelle Körpergröße: _____ cm (gemessen am: _____.____._____)

Weitere medizinische Befunde (Augen, Skelettsystem, Nieren, etc.) _____

OPs/ Eingriffe: _____

Medikamentöse Therapie (einschließlich Wachstumshormonbehandlung): _____

Entwicklungsstand: Altersgerecht Leicht verzögert Deutlich verzögert

Besondere Problembereiche der Entwicklung: _____

Art der aktuell besuchten Einrichtung (Kindergarten/ Schule): _____

Fördermaßnahmen: _____

Schwerbehindertenausweis: Nein Ja (GdB: _____, Merkzeichen: _____)

Pflegegrad: Nein Ja (welcher: _____)

Besondere Hilfsmittel, Therapien: _____

**Bitte den ausgefüllten Bogen per Email oder Post zurücksenden.
Vielen herzlichen Dank für Ihre Beteiligung.**

