

*Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku*  
*Medicinski fakultet*  
**Laboratorij za medicinsku genetiku**  
31000 Osijek, Josipa Huttlera 4, Tel. 031-512856 Fax. 031-505615

IME i PREZIME: .....

Datum rođenja: .....

ADRESA: .....

Telefon: .....

LIJEČNIK: .....

Telefon: .....

UPUTNA DIJAGNOZA: .....

**Iz anamneze:**

Broj trudnoća: ..... Broj poroda: ..... Spontani pobačaji: ..... Mrtvorodena djeca: .....

Mentalna retardacija, malformacije, kronične bolesti, spontani pobačaji u obiteljskoj anamnezi:

.....  
.....  
.....  
.....

**Iz statusa:**

Porodajna težina: ..... Porodajna dužina: ..... Opseg glave: .....

Psihomotorni razvoj:

.....  
.....

Kongenitalne malformacije i/ili dizmorfizam:

CNS.....

.....

Lice .....

.....

.....

.....

.....

Torax i torakalni organi .....

.....

Gastrointestinalni trakt .....

.....

Urinarni trakt .....

.....

Spolni organi .....

.....

Ekstremiteti .....

.....

Potpis liječnika:.....

Datum:.....