



Die Schwangere

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Sprache _____
Adresse _____
Tel.-Nummer(n) _____
E-Mail _____

Errechneter oder korrigierter Entbindungstermin _____

Gravida _____

Para _____

Zuweisungsgrund

- | | |
|--|---|
| ☐ Fetale Auffälligkeit | ☐ Maternales Risiko (z.B. Autoimmunkrankheit, Medikamenteneinnahme, Blutgruppenantikörper) |
| ☐ Fetale Echokardiographie | ☐ Familiäres Risiko (z.B. genetische Krankheit, Herzfehler) |
| ☐ Plazentare oder Nabelschnurauffälligkeit | ☐ Frühschwangerschaft (z.B. Implantations- oder Plazentationsstörung) |
| ☐ Erschwerte Darstellbarkeit von Leitstrukturen | ☐ Screening I (ideal 12+1 bis 13+4)
Serumbiochemie für ETT ab 8+0 SSW möglich |
| ☐ Mitbeurteilung / Zweitmeinung | ☐ Präeklampsie Screening (11+1 bis 13+6)
Serumbiochemie PLGF ab 11+0 SSW möglich |
| ☐ V. a. Fetale Wachstumsstörung | ☐ Frühes Organscreening oder Herzecho
(ideal 15+0 bis 18+0) |
| ☐ Auffälliger ETT oder NIPT (bitte Befunde beifügen) | ☐ Screening II (20+0 bis 23+0) |
| ☐ CVS (ab 11+1) / AC (ab 15+0)
(bitte Blutgruppe beifügen) | ☐ Screening III (ca. 32+0) |
| ☐ Konsiliarische fetomaternale prä- oder
postnatale Beratung | |
| ☐ Mehrlinge | |

Kommentar: _____

Betreuende Ärztin / Betreuender Arzt / Zuweisende Praxis

Berichtzustellung ☐ per HIN-secure-E-mail ☐ per Post
Tel.-Nummer _____
Datum _____
Ihre HIN-secure-E-Mail _____

fetomaternal.ch
Praxis für Pränatalmedizin

Seestrasse 129
8002 Zürich
Telefon 043 - 344 36 96
fetomaternal@hin.ch
www.fetomaternal.ch