



Die Schwangere

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

Errechneter oder korrigierter Entbindungstermin _____

Gravida _____

Para _____

Zuweisungsgrund

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

Kommentar: _____

Betreuende Ärztin / Betreuender Arzt / Zuweisende Praxis

fetomaternal.ch
Praxis für Pränatalmedizin
Dr. med. Alice Winkler

Berichtszustellung per HIN-secure-E-mail per Post

Tel.-Nummer _____

Datum _____

Ihre HIN-secure-E-Mail _____

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