



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

Kommentar: _____

Betreuende Ärztin / Betreuender Arzt / Zuweisende Praxis

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

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

Tessinerplatz 12
8002 Zürich
Telefon 043 - 344 36 96
fetomaternal@hin.ch
www.fetomaternal.ch