# Anmeldung zur Ultraschall- und Pränataldiagnostik

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Geburts-Datum** | **Adresse** | **Telefon**  **e-mail** | **Versicherungs-status** |
|  |  |  |  |  |  |

***Terminvorschlag:***  **Dringend (1-2 d)**  Bald (7 d)  Gelegentlich (1-3 Wochen)

**Ultraschall in der Schwangerschaft**

Frühgravidität/EUG/PUL

1. Screening (11.-14.SSW)  frühes 2. Screening (17.-19. SSW)

2. Screening (21.-23.SSW)  3. Screening (30.-32. SSW)

Dopplerultraschall  Genetische Beratung

Fetale Echokardiographie  Sectio-Narbenbeurteilung

Vd.a. Fehlbildung/Placentationsstörung  NIPT

CVS  AC

Sonstiges:

**Befunde (Genetik/NIPT/ETT) sollen besprochen werden:**  in der Praxis  an der Frauenklinik

**Gynäkologischer Ultraschall**

(3-D Ultraschall bei) Vd. a. Uterusmalformation  HyCoSy/Hydrosonographie

Auffälliger/unklarer Befund  Symptomatische Patientin

IUD-Lagekontrolle  Präoperative Beurteilung

Sonstiges:

**Fetomaternale Beratung:**

Präkonzeptionelle Beratung  Beratung nach Problemschwangerschaft

     -Gravida      - Para  Einling  Zwillinge  Drillinge

L.P.       E.T.       NT-Messung:       Resultat Risikoermittlung ETT:

**Falls Übersetzer nötig**:  bringt Pat. mit  bitte durch NFKL organisieren **Sprache**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum Praxis-e-mail Praxisstempel, Unterschrift**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_