**Anmeldung zur Ultraschall- und Pränataldiagnostik Wolhusen**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Geburts-Datum** | **Adresse** | **Telefon****E-Mail** | **Krankenkasse** |
|       |       |       |       |       |       |

**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 [ ]  Sectio-Narbenbeurteilung

[ ]  Fetale Echokardiographie [ ]  NIPT

[ ]  Vd.a. Fehlbildung/Placentationsstörung [ ]  AC

[ ]  CVS

[ ]  Sonstiges:

**Fetomaternale Beratung:**

[ ]  Präkonzeptionelle Beratung [ ]  Beratung bei Problemschwangerschaft

     -Gravida      - Para [ ]  Einling [ ]  Zwillinge [ ]  Drillinge

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

**Falls Übersetzer nötig**: [ ]  bringt Pat. mit [ ]  bitte durch **Sekretariat Gynäkologie** organisieren

**Sprache**:

**Bemerkung:**

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

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

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