**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**

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