Anmeldung zur Ultraschall-Diagnostik in der **Schwangerschaft**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Termin dringend |  Termin regulär | aktuelle SSW: |
| LR: |  | SSL: |
| ET rechn.: | ET korrigiert: | mit Datum vom: |

Name Vorname

Geburtsdatum

Strasse

Ort

Tel

Email

**INDIKATION**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Frühschwangerschaft   Detaillierte Feindiagnostik FD   FD 1 (ab 12+ SSW) 1. Screening   FD 2 (ab 20 + SSW) 2. Screening   FD 3 (ca. 30. SSW) 3. Screening   weiteres Screening   Verlaufskontrolle  Wunsch nach SS-Abbruch |  Zweitmeinung   Fetale Echokardiographie   Fetale Neurosonographie   V.a. Fehlbildung   Mitbetreuung Risiko-SS   Mehrlinge   Doppler-US   Plazentaauffälligkeit / FW   V.a. IUGR / SGA / Makrosomie |  Pränatale Beratung   Invasive Diagnostik   |  |  | | --- | --- | |  CVS   AC (ab 15+ SSW) |  |    3D / 4D Sono   3D Druck |

 Mütterliche Erkrankung:

 andere:

Ggf. Vorbefunde (Anlagen erbeten):

Ich wünsche den Befund per:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Hin-Mail |  Fax |  Post |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Unterschrift / Arztstempel: |