

Anmeldung: Pränatale Beratung

Name der Schwangeren: _____

Geb.-Datum: _____

Telefonnummer: _____

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat

betreuende gynäkologische Praxis: _____

ET / SSW: _____

Diagnose / Verdachtsdiagnose _____

Genetik: ☐ ja ☐ nein

Zytogenetik-Ergebnis: _____

Genet. Beratung stattgefunden: ☐ ja ☐ nein

Weiterführende Diagnostik geplant: ☐ ja ☐ nein

☐ Trio Exom ☐ Array-CGH Ergebnis: _____

☐ Ergebnis steht noch aus

Fetales MRT: ☐ ja ☐ nein ☐ geplant
Ergebnis: _____

Infektionsdiagnostik: ☐ ja ☐ nein ☐ geplant
Ergebnis: _____

Bisherige Konsile: ☐ ja ☐ nein
Durch wen?: _____

Eltern wünschen nur Beratung,
aber keine Entbindung im KBM: ☐ ja ☐ nein

Entbindung im KBM geplant: ☐ ja ☐ nein

Eltern erwägen einen
Abbruch der Schwangerschaft: ☐ ja ☐ nein

Gewünschtes Zeitfenster
für Ihre Mitbeurteilung: _____

Für Rückfragen stehen wir unter unserer **Notfallnummer (0421 497 77788)** zur Verfügung.

Vielen Dank