



Anfrage an den STIS

Absender (unser Zentrum beantwortet Fragen von medizinischem Fachpersonal):

Datum der Anfrage :

Name :

Straße :

Postleitzahl/Ort :

Telefon :

Fax :

Patientin (gegebenenfalls Initialen):

Name :

Vorname :

Geburtsdatum :

Stadium der Schwangerschaft :

Datum der letzten Periode :

Ultraschall :

Gravida :

Para :

Frühere Schwangerschaften : Schwangerschaftsabbruch Spontanabort

Aktuelle SS:

spontan IVF ICSI ovarielle Stimulation andere

gewünscht unerwartet und akzeptiert ambivalent unerwünscht (SS-Abbruch geplant)

Arzneimittel, die die Patientin eingenommen hat

Medikament	Dosis	Darreichungsform	Zeitraum der Anwendung		Indikation
			von*	bis**	
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____
5. Folsäure <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ?	_____	_____	_____	_____	_____

* Datum oder Dauer (Anzahl Tage / Monate / Jahre) ** Datum oder Dauer, wenn weitergegeben : WEITER

Bemerkungen :

Andere Risikofaktoren für die Schwangerschaft :

- Alkohol ja nein ? Welche Getränke und wie viel
- Rauchen ja nein ? Anzahl Zigaretten/Tag
- Drogen ja nein ? Welche und wie viel |
- Bluthochdruck ja nein ?
- Diabetes ja nein ?
- Übergewicht ja nein ? Gewicht Größe (vor der SS)
- Vorgeschichte angeborener Anomalien ja nein ?
- Psycho-soziale Probleme ja nein ?

Bemerkungen :

