



## 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 :



**Untersuchungsergebnisse**

SS-Test : Datum 

			2	0	
--	--	--	---	---	--

 Ergebnis 

--

Ultraschall : Datum 

			2	0	
--	--	--	---	---	--

 Ergebnis 

--

Karyotyp : Datum 

			2	0	
--	--	--	---	---	--

 Ergebnis 

--

Bemerkungen :

**Chemikalien :**

Beschäftigungsrate :

Dauer der Exposition :

Belüftung der Räume :  ja  nein

Schutzmaßnahmen : Handschuhe, Schutzbrille, Kittel, Abzug

Symptome (HNO, Kopfschmerzen) :

**Stillen :**

Alter des

Dauer der

Gewicht des

Stillen :

Kindes :

Schwangerschaft :

Kindes :

voll  teil

**Name des zuständigen Gynäkologen (wenn nicht Absender) :**

Name :

Adresse:

Telefon :