

fetaler Ultraschall / pränataler Befund

Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt
Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke Universität
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg
Tel.: 0391/6714174; Fax: 0391/6714176; E-Mail: monz@med.ovgu.de

Meldende Einrichtung*/

ID-Nr. der Ärztin / des Arztes:

Patientennummer:

Datum:

1. Datum der Feststellung der Fehlbildung / /
2. Gestationsalter bei Feststellung Woche
3. Errechneter Geburtstermin / /
4. Geschlecht ♂ ♀ unsicher
5. Mehrling ja nein

7. Fehlbildungen / V.a. Syndrom / zytogenetischer Befund / prän. Infektion

Anzahl

Geschlecht

♂ ♂
♀ ♀
♂ ♀
unsicher

8. Indikation zur Feindiagnostik / Chromosomendiagnostik

6. Landkreis / Postleitzahl /
Wohnort der Mutter*

9. Geburtsjahr oder Alter der Mutter / Jahre

10. Voraussichtliche Entbindungsklinik

11. Induzierter Abort ja nein unsicher

12. Spontanabort ja nein unsicher

* Angaben werden im Fehlbildungsmonitoring codiert