

Prof. Dr. med. Carsten Denkert
 Institut für Pathologie
 Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Conradistraße, 35043 Marburg

Tel.: 06421 / 58-62270
 Fax: 06421 / 58-65640

Bei Rückfragen: Dr. Katharina Schoner

Tel.: 06421 / 58-62463 oder / 58-62233

Auftrag für eine fetalpathologische Untersuchung und schriftlichem Befund

Patientendaten:

Name der Mutter, Geburtsdatum:
 Adresse:

o Stationär von: bis:
 o Ambulant am:

Kostenübernahme:

Privatrechnung an Patientin: o Rechnung an Krankenhaus: o

Unterschrift der Eltern

Anamnese (bitte ausführliche Angaben):

Frühabort:	_____	1. Tag der letzten Regel:	_____
Spätabort:	_____	SSW rechnerisch:	_____
missed abortion	_____	SSW Ultraschall:	_____
intrauteriner Fruchttod:	_____	Datum des Aborts:	_____

Besonderheiten / klinische bzw. zytogenetische Diagnosen:

Pränatale **Chromosomenanalyse** o ja (bitte **Befundkopie** faxen) Amniozentese o
 o nein Chorionzottenbiopsie o

Ultraschallbefunde: o ja (bitte **Befundkopie** faxen)
 o nein

Untersuchungsmaterial:	_____	Normalkonzeption:	_____
Plazenta:	_____	IVF:	_____
		Intrauterine Maßnahmen:	_____
		(z.B. Laser/Fruchtwasserauffüllung)	
Einling:	_____	Sonstiges:	_____
Mehrlinge:	_____		

Vorausgegangene Schwangerschaften:

Geburten:	_____	Totgeburten:	_____	Fehlgeburten:	_____
Datum:	_____	Datum:	_____	Datum:	_____
		Obduktion durchgeführt?	_____	Obduktion durchgeführt?	_____

Eingenommene Medikamente: präkonzeptionell: _____
 während der Schwangerschaft: _____

Vorerkrankungen:
 Erbkrankheiten:
 Familienanamnese:
 Serologie der Mutter?

Arzt:	_____	Datum:	_____	Ort:	_____
Stempel / Unterschrift		Tel.:	_____	Fax:	_____

Der Befundbericht soll zusätzlich erfolgen an: