

# Anmeldung zur invasiven pränatalen Diagnostik

Name, Vorname:

Ledigname:

Geburtsdatum:

Strasse, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon privat:

Telefon Geschäft:

Mobilnummer:

E-Mail:

Krankenkasse:

Erster Tag der letzte Periode:

unbekannt

Errechneter Termin bzw. Korrigierter Termin:

Ovulation/Embryotransfer (falls bekannt):

Scheitel-Steisslänge beim ersten US:

mm am

(Datum) oder

Biparietaldurchmesser beim ersten US:

mm am

(Datum)

Anzahl Feten:

Einling

Gemini

monochorial

dichorial

> 2

Blutgruppe

Rh:

HIV-Test:

negativ

positiv

Irreguläre Antikörper:

nein

ja, nämlich

Antenatale Rhesusprophylaxe:

nein

ja, nämlich letztmals am

Risikofaktoren für diese Schwangerschaft:

keine

Andere Bemerkungen:

Ich bestätige, dass ich die Schwangere gem. Art 13 des Schweizerischen Genetikgesetzes umfassend über den Eingriff aufgeklärt habe.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Praxisstempel

E-Mail: [geb.ambulant@usz.ch](mailto:geb.ambulant@usz.ch), Fax: +41 044 255 43 96

Per Post: USZ Campus, Geburtshilfe, Poliklinik, NORD1 B320a, Rämistrasse 100, 8091 Zürich