

z.Hd. Prof. Dr. med. M. Tchirikov
 Universitätsklinikum Halle (Saale)
 Universitätsklinik und Poliklinik für Geburtshilfe
 Ernst-Grube-Straße 40
 06120 Halle (Saale)

Überweisungsformular feto-fetales Transfusionssyndrom

Kontaktdaten zuweisender Arzt/ Klinik

Name	Anschrift
Telefon	Email

Patientendaten

Nachname	Vorname
Geburtsdatum	Gestationsalter (Wochen+Tage)

Angaben zur bisherigen Therapie

Amniondrainage erfolgt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Karyotypisierung erfolgt? (AC/CVS)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Zustand der Feten

	Rezipient (FW>8cm)	Donor (FW<2cm)
Hydrops fetalis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	-----
Umbilikalarterien PI		
Duct. ven. (A-wave)	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> ARED	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> ARED

Bemerkungen

Bitte drucken Sie dieses Formular aus und schicken es per Fax an uns (0345 557-2448).
 Bei eventuellen Fragen erreichen sie uns unter der Nummer (0345) 557-3250