

# Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie im BBGes Berlin

Spandauer Damm 130, Haus 10 - 14050 Berlin

Tel.: 030-303081-11, Fax: 030-303081-22, Email: mail@embryotox.de

DATUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ANFRAGE ZUR:  Schwangerschaft  Stillzeit  Therapie beim Vater

ANFRAGER  Frau  Herr \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ggf. Fax: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ggf. Email: \_\_\_\_\_

NAME DER SCHWANGEREN/STILLENDE (falls Anfrage durch Andere) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ oder Alter: \_\_\_\_\_

Jetzige Schwangerschaftswoche nach Ultraschall: \_\_\_\_\_

oder 1. Tag der letzten Regel: \_\_\_\_\_ oder der Empfängnis: \_\_\_\_\_

Körperlänge und Gewicht zu Beginn der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ cm; \_\_\_\_\_ kg

## BESONDERE FRÜHERE ERKRANKUNGEN

## ANGEBORENE ERKRANKUNGEN IN DER EIGENEN FAMILIE ODER DER DES PARTNERS

## FRÜHERE SCHWANGERSCHAFTEN

keine  Anzahl: \_\_\_\_\_, davon waren:

\_\_\_\_\_ lebendgeborene Kinder, von diesen waren

\_\_\_\_\_ gesunde Kinder (ohne angeborene Erkrankungen)

\_\_\_\_\_ Kinder mit angeborenen Erkrankungen (bitte Details unten angeben)

\_\_\_\_\_ Fehlgeburten/Totgeburten; in welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Schwangerschaftsabbrüche

DETAILS zu Auffälligkeiten früherer Schwangerschaften: \_\_\_\_\_

**Die Beantwortung der folgenden Fragen ist nicht Voraussetzung für die Beratung. Sie ist freiwillig und dient der statistischen Auswertung:**

Einstellung zur jetzigen Schwangerschaft:  positiv  eher dagegen  unentschieden  möchte mich nicht äußern

Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_ Schulabschluss: \_\_\_\_\_

