

**Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt**  
an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität  
Leipziger Str. 44, Haus 39, 39120 Magdeburg, Tel.: (0391) 67 14 174; Fax: (0391) 67 14 176

**meldende Einrichtung:**

**Geburtsjahr:**  **Fall-Nr. des Einsenders:**

**Angaben zum Kind**

**1. Postleitzahl / Landkreis (Wohnsitz der Mutter)**

**2. Datum der Feststellung und Gestationsalter bei Pränatalbefund**

*oder, wenn Kind geboren wurde immer Geb.-Datum angeben*

**Geburtsdatum bei Postnatalbefund** (errechneter Geb.-Termin bei Pränatalbefund)

**3. Gestationsalter bei Geburt**  SSW + Tage **Geburtsklinik**

**4. Geburtstyp**  Lebendgeburt  Totgeburt  Lebendgeburt verstorben  bis 7. LT  
 Spontanabort  Induzierter Abort  Pränatalbefund  nach 7. LT

**5. Geschlecht**  männlich  weiblich  unklar  ohne Angabe

**6. Mehrling**  ja  nein Anzahl der Mehrlinge  Nummer des Mehrlings

**7. Maße** Geburtsgewicht  g Länge  cm Kopfumfang  cm

**8. Verlegung in eine andere Klinik / Welche?**

**9. Verlegungsgrund**

**10. Diagnose / Fehlbildungen / V. a. Syndrom / Zytogenetischer Befund**

**Angaben zur Schwangerschaft**

<b>11. Vorausgegangene Schwangerschaften</b>	Anzahl	<input type="text"/>
Lebendgeburten	Anzahl / Jahr(e)	<input type="text"/>
Totgeburten		<input type="text"/>
Spontanaborte		<input type="text"/>
Abortinduktionen bei medizinischer Indikation		<input type="text"/>
Abbrüche		<input type="text"/>

**12. Erkrankungen in der Schwangerschaft**

**13. Medikamente / Vitamine in der Schwangerschaft**

Präparate / Trimenon

Dauermedikation  Ja  Nein

Welche?

**14. Abusus (Nikotin / Alkohol)**

Anzahl/Menge

**Angaben zu Mutter und Vater**

**Mutter**

**Vater**

Geburtsjahr    Alter

Geburtsjahr    Alter

**15. Geburtsjahr oder Alter**

 oder  oder 

**16. Chronische Erkrankungen**

**17. Chronische Erkrankungen / Fehlbildungen in der Familie (väterlicher-/mütterlicherseits)**