(Stempel des einsenden Instituts)	Patientendaten (einschl. Geburtsname und –Datum)
Telefon: _____	
GHSG Studienzentrale Unikliniken Köln 50924 Köln Tel.: 0221/ 478-88200,- 88163 Fax.: 0221/ 478-88188	**Bericht über eine Schwangerschaft** Tag Monat Jahr **PG** 06/08 V1.0
Studie: **PVAG-14 Pilot**	**Bogen ID:** **Case ID:**

DIESEN BOGEN NUR AUSFÜLLEN, FALLS EINE SCHWANGERSCHAFT UNTER THERAPIE AUFTRITT.

IM FALLE EINER SCHWANGERSCHAFT NACH ENDE DER THERAPIE BITTE $LT_{NACHSORGE}$-BOGEN BENUTZEN

☐ **Erstmeldung** ☐ **Folgemeldung**

Feststellung der Schwangerschaft: |_|_|_| (Tag Monat Jahr) in der |_|_|. SSW

Kenntnis des Prüfarztes: |_|_|_| (Tag Monat Jahr)

Ausgang der Schwangerschaft :

☐ Schwangerschaft derzeit noch fortbestehend
(erneute Information am Ende der Schwangerschaft erforderlich)

☐ Schwangerschaft beendet

☐ Geburt |_|_|_| (Tag Monat Jahr) in der |_|_|. SSW

☐ Junge ☐ Mädchen

☐ Sectio ☐ Spontangeburt

☐ gesund ☐ medizinische Probleme, Fehlbildungen etc.
(bitte im Klartext erläutern)

☐ Fehlgeburt in der |_|_|. SSW

☐ Interruptio in der |_|_|. SSW

Beschreibung, Zusatzinformationen *(Klartext)*

_____

_____

_____

Arztbrief: ☐ im Anhang beigefügt ☐ folgt

Datum |_|_|_| (Tag Monat Jahr) **Ort** _____ **Unterschrift des Prüfarztes** _____

Bitte umgehend per Fax senden an die GHSG Studienzentrale, 50924 Köln,
Fax-Nr.: 0221 / 478 - 88188