

S3 -Meldebogen zur Schwangerschafts-Nachverfolgung (Stillzeit bis ca. 1 Jahr nach Geburt nur für PsoBest Patientinnen)



Bitte füllen Sie den Meldebogen möglichst vollständig aus – unausgefüllte fett umrandete Felder führen dabei automatisch zu Rückfragen. Falls vorliegend können Sie relevante Laborbefunde und Epikrisen beifügen.

PsoBest Pat.	Aktuelles Datum __ __ __ __ __ __ __ __ (TT/MM/JJ)	<input type="radio"/> Erstmeldung	<input type="radio"/> Folgemeldung		
	PsoBest-ID __ __ __ __ __ __	PsoBest Patient ist: <input checked="" type="checkbox"/> weiblich			
	Geburtsjahr __ __ __ __ (JJJJ)	Optional: Größe (cm) __ __ __	Optional: Gewicht (kg) __ __ __		
Angaben zur Stillzeit					
Wurde das Kind nach der Geburt von der Mutter gestillt? <input type="radio"/> Nein , weil: _____ (mit Daten zum meldenden Arzt ist die Seite vollständig) <input type="radio"/> Ja , Beginn der Stillzeit: __ __ __ __ __ __ __ __ Ende der Stillzeit: __ __ __ __ __ __ __ __ <input type="radio"/> Stillzeit noch andauernd <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> TT MM JJ TT MM JJ </small> Nur für unbekanntes Tag bitte NB eintragen					
Psoriasis-Medikation seit der Geburt					
(ggf. Extrablatt beifügen)	Produktname _____ + Chrg.-Nr.: _____	Dosis in mg / Applikationsschema Applikationsweg: <input type="radio"/> p.o. <input type="radio"/> s.c. <input type="radio"/> i.m.. <input type="radio"/> i.v.	gegeben seit (TT/MM/JJ) _____	gegeben bis (TT/MM/JJ) _____ <input type="radio"/> andauernd	Maßnahme für Produkt <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Dosisänderung von _____ auf _____ <input type="radio"/> pausiert von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____ <input type="radio"/> abgesetzt
	_____ + Chrg.-Nr.: _____	Applikationsweg: <input type="radio"/> p.o. <input type="radio"/> s.c. <input type="radio"/> i.m.. <input type="radio"/> i.v.	_____	_____ <input type="radio"/> andauernd	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Dosisänderung von _____ auf _____ <input type="radio"/> pausiert von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____ <input type="radio"/> abgesetzt
	_____ + Chrg.-Nr.: _____	Applikationsweg: <input type="radio"/> p.o. <input type="radio"/> s.c. <input type="radio"/> i.m.. <input type="radio"/> i.v.	_____	_____ <input type="radio"/> andauernd	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Dosisänderung von _____ auf _____ <input type="radio"/> pausiert von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____ <input type="radio"/> abgesetzt
	_____ + Chrg.-Nr.: _____	Applikationsweg: <input type="radio"/> p.o. <input type="radio"/> s.c. <input type="radio"/> i.m.. <input type="radio"/> i.v.	_____	_____ <input type="radio"/> andauernd	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Dosisänderung von _____ auf _____ <input type="radio"/> pausiert von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____ <input type="radio"/> abgesetzt
Relevante Begleitmedikation seit der Geburt					
(ggf. Extrablatt beifügen)	Produktname _____	Dosis Applikation _____	gegeben seit (TT/MM/JJ) _____	gegeben bis (TT/MM/JJ) _____	Indikation _____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
Gesundheits-/Entwicklungsstand des Kindes (freiwillige Angabe)					
(ggf. Extrablatt beifügen)	Gab es Störungen im Wachstum / Stoffwechsel des Kindes?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende: _____			
	Gab es neuronale Störungen des Kindes?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende: _____			
	Gab es Störungen des Immunsystems des Kindes?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende: _____			
	Gab es sonstige Störungen oder Auffälligkeiten des Kindes?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende: _____			
Weitere Ereignisse in Bezug auf Mutter oder Kind in Zusammenhang mit der Geburt oder Stillzeit?					
Gabe es in der Zeit seit der Geburt unerwünschte Ereignisse: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja , bitte erstellen Sie eine entsprechende SUE-Meldung/UE-Seite und faxen diese.					
Meldender Arzt: _____		Adresse: _____		Stempel und Unterschrift: _____	

Bitte umgehend an das CVderm – 040 / 7410- 44487 – faxen!