

**Liste selbstuntersuchter fetaler Fehlbildungen (keine Marker)
gemäß Stufe II Zertifizierung Pränatale Sonographie**

Hiermit versichere ich,
die zur Erlangung der DEGUM-Stufe II vorgelegten Ultraschalluntersuchungen, eigenständig vorgenommen zu
haben.

Unterschrift

Fall Nr.	Pat.-Initialen oder Pat.-ID	Untersuchungs- datum	SSW	Diagnose	Diagnose postpartal / Outcome (z.B. Geburtsbericht, Kinderarztbrief, Karyotypisierung, Obduktionsbefund, Fotos)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

**Liste selbstuntersuchter fetaler Fehlbildungen (keine Marker)
 gemäß Stufe II Zertifizierung Pränatale Sonographie**

Fall Nr.	Pat.-Initialen oder Pat.-ID	Untersuchungs- datum	SSW	Diagnose	Diagnose postpartal / Outcome (z.B. Geburtsbericht, Kinderarztbrief, Karyotypisierung, Obduktionsbefund, Fotos)
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					