



**4. GEBURT**

<p><b>4.1 Datum der Geburt</b></p> <table border="1" style="width:100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td></td> </tr> </table>											T	T	M	M	M	J	J	J	J		<p><b>4.2 Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Geburt:</b></p> <table border="1" style="width:100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="width: 30px; height: 25px;"></td> </tr> </table>		
T	T	M	M	M	J	J	J	J															
<p><b>4.3 Geburtsverlauf</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vaginale Geburt</p> <p><input type="checkbox"/> Kaiserschnitt</p> <p><input type="checkbox"/> Zangengeburt</p> <p><input type="checkbox"/> Sauglocke</p>	<p><b>4.4 Komplikationen während der Geburt</b></p> <p><input type="checkbox"/> Keine</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgende:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																						

**5. NEUGEBORENES**

<p><b>5.1 Geschlecht</b></p> <p><input type="checkbox"/> männlich</p> <p><input type="checkbox"/> weiblich</p>	<p><b>5.2 General Information</b></p> <p>Gewicht _____ kg</p> <p>Größe _____ cm</p> <p>Kopfumfang _____ cm</p> <p><u>Apgar Test</u></p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> nicht normal, folgende Abweichung:</p> <p>_____</p>	<p><b>5.3 Anomalien beim Neugeborenen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Keine</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgende:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--	---

**5.4 Allgemeine Beurteilung des Status des Neugeborenen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. ZUSATZINFORMATIONEN**

**6.1 Ziehen Sie eine Qualitätsanalyse des Produkts in Betracht?**  Ja  Nein

Falls ja, haben Sie eine Probe?  Ja  Nein

**6.2 Zeigten sich bei der Mutter erwartete Nebenwirkungen?**  Ja  Nein

Falls ja, bitte beschreiben:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. KOMMENTARE ODER ANDERE INFORMATIONEN VON INTERESSE**

---



---



---

**8. ANGABEN ZUM REPORTER**

<b>8.1 Name:</b>		<b>8.2 Fachgebiet:</b>																					
<b>8.3 Telefon:</b>	<b>8.4 Fax:</b>	<b>8.5 E-mail:</b>																					
<b>8.6 Name der Klinik/Praxis:</b>																							
<b>8.9 Anschrift:</b>																							
<b>8.10 Ort:</b>		<b>8.11 Bundesland:</b>																					
<b>8.12 Unterschrift:</b>		<b>8.13 Bericht ausgefüllt am:</b> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td> </td> </tr> </table>												T	T	M	M	M	J	J	J	J	
T	T	M	M	M	J	J	J	J															

Sie können diesen Bericht per Fax (+49(0)2302 20 286 23) oder eMail ([safety@leti.de](mailto:safety@leti.de)) senden.  
 Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Telefon +49(0)2302 202 86 0

**9. GRUNDLEGENDE INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ**

**Verantwortliche Organisation:** LETI Pharma, S.L.U.  
**Zweck:** Bearbeitung möglicher unerwünschter Arzneimittelreaktionen im Zusammenhang mit Arzneimitteln, die von LETI Pharma, S.L.U hergestellt und/oder vertrieben werden.  
**Rechte:** Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer Daten, nähere Erläuterung unter „Zusätzliche Informationen“.  
**Zusätzliche Informationen:** Weitere detaillierte Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://leti.de/datenschutz>