



**Schwangerschaft bei CED**

Name, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

- M. Crohn
  Colitis ulcerosa

Seit wann besteht die Schwangerschaft/  
Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_

Aktuelle CED - Medikation: \_\_\_\_\_

Bei Biologika:

Letzte Gabe: \_\_\_\_\_ Nächste Gabe: \_\_\_\_\_

Nächster Termin: \_\_\_\_\_

Ab \_\_\_\_\_ wird die Therapie \_\_\_\_\_ abgesetzt.

- Weiterführung der Therapien!

andere Medikation: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Behandelnder  
Gynäkolog\*In \_\_\_\_\_

Optionale Meldung an (zutreffendes ankreuzen)	<input type="radio"/> Pharma- Industrie	<input type="radio"/> Schwangerschaftsregister Charite Berlin (Einwilligung d. Pat. + Zentrumteilnahme Pflicht)
---	--	--