



DIE DEUTSCHEN  
UNIVERSITÄTSKLINIKA®



**KLINIK FÜR  
FRAUENHEILKUNDE UND  
GEBURTSHILFE**

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM | Frauenklinik | 89075 Ulm

Regeno GmbH  
Herrn Jochen Scholz  
Pommernstr. 67

68309 Mannheim

**Ihre Anfrage vom 24.04.2018**

Sehr geehrter Herr Scholz,

in Ihrer Anfrage vom 02.04.2018 wünschten Sie Informationen zur Anwendung von **Regeno Plasma Liquid Nasensprüh-Gel** in Schwangerschaft und Stillzeit.

Bei Regeno Plasma Liquid Nasensprüh-Gel handelt es sich um ein mineralisches Gel mit physikalischer Wirkung zur Befeuchtung, Reinigung und Dekontamination der Nasenschleimhaut. Die Inhaltsstoffe des Nasensprays [Wasser, Natriumhypochlorit < 0,08 % (elektro-chemisch aktivierte Mineralsalzlösung), Lithium-Magnesium-Natrium-Silikat] sind bei bestimmungsgemäßer nasaler Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit unbedenklich.

Angesichts der geringen Konzentration von Natriumhypochlorit ist nicht mit einer Reizung der Schleimhäute durch Chlorgas zu rechnen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Wolfgang E. Paulus  
Leiter der Beratungsstelle für Reproduktionstoxikologie

**Ärztlicher Direktor**  
Prof. Dr. med. W. Janni  
Prittwitzstraße 43  
89075 Ulm

**Beratungsstelle für  
Reproduktionstoxikologie**  
Leitung: Dr. med. W. Paulus  
paulus@reprotox.de  
T: 0731 500-58655  
F: 0731 500-58656  
www.reprotox.de

25. April 2018



**Formular für neue Anfragen**

Code-Nr.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Fragesteller/in (Stempel)**

Name:

Klinik:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Status:  Arzt / Ärztin für:

Patientin  Hebamme  Apotheke

**Benachrichtigung:**

Tel.:

Fax:

E-Mail:

zu erreichen

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Uhrzeit)

**Patientin**

Name (evtl. Nr.):

geb.:

Anzahl früherer Schwangerschaften:

Geburten:

Fehlgeburten:

Letzte Regel:

Zyklus regelmäßig?

\_\_\_\_\_ (Tage)

Schwangerschaftsalter nach Ultraschall:

entspricht Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_ (vollendete Wochen) + \_\_\_\_\_ (Tage)

Schwangerschaft erwünscht:  ja  nein  indifferent

unbekannt

errechneter Entbindungstermin:

Patientin stillt

Krankengeschichte (Erbkrankheiten, Fehlbildungen, chronische Erkrankungen bei Patientin/Familie):

**Medikamente**

Handelsname/Wirkstoff	Anwendung von ..... bis ..... (Datum!)	Tagesdosis	Grund der Anwendung

**Fragestellung:**