# **Anmeldung Geburt**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name:  Vorname:  Geb.-Datum: |  | | | | | | Adresse:  PLZ/Ort  T Privat:  Nationalität:  Sprache: | | |  |
| Krankenkasse / Sektion |  | | | | | | | | | |
| **Para** | | | | **Gravida** | | | | |  | |
| **Blutgruppe** | | | | **Rh** | | | | **Antikörper** | | |
| **LP** | | | | **ET** | | | | | Termin nach US | |
| Ultraschall | | **/** |  | | **/** |  | | | Pränataldiagnostik | |
| Besonderes |  | | | | | | | | | |
| Sterilisationswunsch |  | | | | | | | | | |
| **Risiken**  Anamnese |  | | | | | | | | | |
| Status nach Sectio | wann       /       / wo | | | | | | | | | |
| EPH-Gestose | Hypertonie       Proteinurie       Oedeme | | | | | | | | | |
| Besonderes | (Diabetes, Retardierung, Oligo-/Polyhdramnie usw. | | | | | | | | | |
| **Serologie:**  Rubeolen  Toxoplasmose  Hepatitis B | immun       nicht immun       Lues       HIV  IgG       IgM  HBs Antigen negativ       positiv | | | | | | | | | |
| **Krankenkasse** |  | | | | | | | | | |
| **Abteilung** | Allgemein  Halbprivat  Privat  Ambulant  Hausgeburt | | | | | | | | | |
| Spezielles | Hebammengeburt  Wassergeburt | | | | | | | | | |
| Berichtskopie an: |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  | Zuweis. Ärztin/Arzt:  (Stempel) |  |

Sie können das ausfüllte Dokument an die folgende Adresse senden: [frauenklinik.kso@spital.so.ch](mailto:frauenklinik.kso@spital.so.ch)