# **Anmeldung Geburt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name:Vorname:Geb.-Datum: |                 | Adresse:PLZ/OrtT 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:**RubeolenToxoplasmoseHepatitis 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