

Geburtshilfe
Anmeldung

- Geburt SS-Kontrolle Ultraschall Hebammensprechstunde
 Sectio Geburtsmodusbesprechung Anästhesiesprechstunde
 Hebammengeburt Hospitalisation Sonstiges

Name _____ Vorname _____
 Strasse _____
 PLZ/ Ort _____ Geb. Datum _____
 Tel./ Natel _____ KK: _____ P HP A A-CH

Schwangerschaftsangaben

-Para -Gravida
 Frühere SS St. n. Sectio

 Blutgruppe Rh:
 LP: ET:
 def. Termin US bestätigt
 Mehrlinge:
 monochorial
 dichorial

SS-Verlauf/ Probleme/ Medikamente

SS-Diagnostik und -therapie

NT ETT NIPT CVS/ AC
 AK-Suchtest Letztmals in: SSW pos neg
 Rh-Prophylaxe: keine Ja, in SSW
 Diab.Mellitus/ oGTT: GDM DM 1/2
 Infekt: Strepo-B pos neg in SSW
 Chlamydien pos neg behandelt

➔ **Bitte alle Laborresultate, Serologien, letzte Schwangerschaftskontrolle sowie Ultraschall mitschicken**

Weitere Planung

Geburt durch Zuweiser Frauenklinik
 Weitere Kontrollen durch Zuweiser Frauenklinik
 Berichtskopien Zuweiser Weitere z.B Kinderwunschzentrum

Ort/ Datum Absender/ Stempel Unterschrift
