

Name:
(bei Ehefrauen Zweitname)

Vorname:

Wohnort (PLZ):

Geburtsdatum:

Telefon (P):

Strasse:

Telefon (G):

Krankenkasse:

Arbeitgeber:

ANMELDUNG

- zur Geburt allgemein 1/2-Privat 1er-Privat
- zur Ultraschalluntersuchung
- zur Amniozentese vereinbarter Termin:

- Para

- Gravida

LP:

ET:

Bestätigt durch SS-Test:

Bestätigt durch US:

Blutgruppe:

Rh-Faktor:

Irreguläre Blutgruppen-AK:

Schwangerschaftsblock:

Thrombozyten:

Röteln:

Toxoplasmose:

Hepatitis:

Lues:

Varizella:

Zytomegalie:

Parvovirus:

HIV:

SCHWANGERSCHAFTSVERLAUF (Besonderes zur Anamnese):

Gewicht/Grösse:

Geburten:

Aborte:

Medikamente:

Risiko bezüglich:

- Sozial
- EPH-Gestose
(Oedeme/Hypertonie/Proteinurie)
- Infekt
- Diabetes mellitus
- _____

- Rhesus-Konstellation
- ° Titer am:
- ° Anti-Rh 200 i.v.: ° Anti-Rh 300 i.v.:
- Status nach Sectio caesarea
- Beckenendlage
- Geburtsmodus-Abklärung:
- Sterilisation post partum

Weitere Kontrollen erwünscht

 durch Spital bei mir

Bitte Kopie des Berichtes an:

Mit kollegialen Grüssen
(Stempel)

Datum: