

Name: _____ Vorname: _____
Wohnort (PLZ): _____ Geburtsdatum: _____
Telefon (P/Mobile): _____ Strasse: _____
Telefon (G): _____ Krankenkasse: _____
Arbeitgeber: _____

Anmeldung Zur Geburt Allgemein Halbprivat 1-er Privat
 Zur Geburtsprozedere-Besprechung Zur SS-Kontrolle
 Zur Ultraschalluntersuchung Vereinbarter Termin: _____

- Para _____ Gravida _____ LP: _____ ET: _____

Bestätigt durch SS-Test: _____ Bestätigt durch US: _____
Blutgruppe: _____ Rh-Faktor: _____ Irreguläre Blutgruppen-AK: _____
(im Falle Namensänderung in der SS neue Bestimmung)

BZ nü: _____ am _____ / OGTT 75: _____ / _____ / _____ am _____ PAP-Klasse _____ am _____

Serologien HBs-Ag: _____ HIV: _____ Röteln: _____ Masern: _____
(ggfs.) Anti-HBc: _____ Lues: _____ Varizella: _____

Bitte Laborbefunde mitsenden. Falls Varizellen sicher durchgemacht, keine Serologie. Falls Masern/Röteln bekannte Immunität oder 2x geimpft, keine Serologie nötig. Bitte falls durchgemacht oder 2x geimpft, entsprechend vermerken.

Schwangerschaftsverlauf (Besonders zu Anamnese):

Grösse: _____ cm / Gewicht vor der SS: _____ kg / aktuell + _____ kg Zunahme
Geburten: _____ Aborte: _____

Medikamente

Risiko bezüglich:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sozial | <input type="checkbox"/> Rhesus-Konstellation |
| <input type="checkbox"/> Präeklampsie | <input type="checkbox"/> AK-Sichttest am _____ (Befund mitschicken): |
| <input type="checkbox"/> Infekt | <input type="checkbox"/> Anti-D 300 i.v./i.m.: |
| <input type="checkbox"/> GDM/Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Status nach Sectio caesarea |
| <input type="checkbox"/> Strepto B vaginal <input type="checkbox"/> positiv / <input type="checkbox"/> negativ am _____ | <input type="checkbox"/> Beckenendlage |
| (Befund mitschicken) | |
| <input type="checkbox"/> _____ | Sterilisation post partum |

Weitere Kontrollen erwünscht durch Spital ab _____ bei mir

Bitte Kopie des Berichtes an: _____

Datum: _____ Mit kollegialen Grüssen/Absender _____