



Anmeldeformular Schwangerschaft und Geburt

Name/Vorname		Geburtsdatum	
Adresse		PLZ/Ort	
Telefon P	Telefon G	<input type="radio"/> Privat	<input type="radio"/> Halbprivat <input type="radio"/> Allgemein
Anmeldung stationär	<input type="radio"/> zur Geburt		
	<input type="radio"/> zur Hospitalisation wegen:		
Anmeldung ambulant	<input type="radio"/> zur Ultraschall-/Doppleruntersuchung	<input type="radio"/> Schwangerschaftskontrolle	
	<input type="radio"/> Ersttrimesterscreening	<input type="radio"/> Geburtsprocedere	
	<input type="radio"/> Organscreening	<input type="radio"/> Andere:	
Aktuelles Problem			
Schwangerschaftsdaten		<input type="radio"/> Einling	<input type="radio"/> Mehrlinge
LP:	ET:	T korr:	<input type="radio"/> US bestätigt
Para	Grav.	Blutgruppe (Rh):	AK Suchtest <input type="radio"/> neg <input type="radio"/> pos Rh-Prophylaxe <input type="radio"/> SSW
Geburten			
<input type="radio"/> SG/Vakuum	wann	wo	
<input type="radio"/> Sektio	wann	wo	
Medikamente			
Zusätzliche Angaben (gegebenenfalls Kopien der relevanten Laborresultate)			
ETT <input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> path.	NIPT <input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> path.	CVS/AC <input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> path.	
Blutzuckerscreening: <input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> path.	SSW	<input type="radio"/> Gestationsdiabetes	Insulinpflichtig: SSW
Abstriche	Strepto B vom:	<input type="radio"/> neg <input type="radio"/> pos	Andere:
Serologien (oder Kopien)			
Hepatitis B	HBs Antigen	<input type="radio"/> neg <input type="radio"/> pos <input type="radio"/> nicht gemacht	Datum:
HIV		<input type="radio"/> neg <input type="radio"/> pos <input type="radio"/> nicht gemacht	Datum:
Lues (TPHA)		<input type="radio"/> neg <input type="radio"/> pos <input type="radio"/> nicht gemacht	Datum:
Röteln		<input type="radio"/> Immun <input type="radio"/> keine Immunität <input type="radio"/> nicht gemacht	Datum:
Andere:	Datum:	Impfungen in SS: <input type="radio"/> Pertussis <input type="radio"/> Influenza	
Weitere Kontrolle erwünscht <input type="radio"/> bei mir <input type="radio"/> durch Geburtshilfe KSB			
Datum:		Praxisstempel/Unterschrift:	