

zur Geburt  
 zum Ultraschall

 zur SS-Kontrolle  
 zur perinatalen Besprechung (Neonatalogen, Kinderchirurg, etc.)
 zur Hospitalisation zur Doppleruntersuchung zur Geburtsmodusbesprechung

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geb.-Datum

Tel./Natel

KK

P

HP

A

## Schwangerschaftsangaben

-Para

-Gravida

Frühere SS:

Blutgruppe:

Rh pos

Rh.neg

LP:

ET:

Def. Termin:

 US bestätigtMehrlinge:  dichorial monochoorial

## SS-Verlauf/Probleme/Medikamente

## SS-Diagnostik und -therapie

 NT ETT NIPT CVS/AC

AK-Suchtest:

Letztmals in:

SSW

 neg pos (Kopie der relevanten Laborresultate)

Rh-Prophylaxe:

 keine ja, in

SSW

SSW

SSW

Diab. Mellitus:

 St. n. norm.-Nü-BZ/oGTT

in:

SSW

 patholog. oGTT

in:

SSW

Diab.Kontrollheft mitbringen lassen

 Diät

ab:

SSW

 Insulin

ab:

SSW

Infekt:

Strepto B

 pos neg

in:

SSW

Chlamydien

 pos neg behandelt

► Serologien und Impfstatus bitte aktuelle Kopien beilegen

## Austrittsplanung

Nachbetreuung WB:

 organisiert nicht organisiert keine gewünscht

Name ambulante Nachbetreuung Wochenbett:

Wünsche für Geburt und Wochenbett:

Weitere Kontrollen

 durch mich durch Frauenklinik

Berichtskopien an:

 mich andere:

Interesse NSB-Spende

 öffentliche Spende private Spende keine Aufklärung erfolgt nach Aufklärung kein Interesse

Ort/Datum:

Absender oder Stempel:

Unterschrift:

per Mail einsenden

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Übermittlung dieses Formulars nur mit einer gesicherten HIN-Mail-Adresse datenschutzkonform möglich ist.  
 Alternativ kann das Dokument passwortgeschützt, mit ausdrücklicher Einwilligung der betroffenen Personen oder auf dem Postweg versendet werden.