

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 bestätigt
Mehrlinge: 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.