



Anmeldung

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.

