

Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Anmeldung

per Fax an 062 838 50 91 oder per E-Mail an geburtshilfe@ksa.ch

- zur Geburt
 zur SS-Kontrolle
 zur Hospitalisation
 zur Geburtsmodusbesprechung
 zum Ultraschall
 zur Doppleruntersuchung
 zur CVS/AC (BG-Ausw.&akt. HIV-Serologie mitgeben)

Name/Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
Telefon/Natel			Geb.-Datum
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Allgemein		

Schwangerschaftsangaben		SS-Verlauf/ Probleme/Medikamente	
-Para	-Gravida		
Frühere SS			
Blutgruppe	<input type="checkbox"/> Rh pos <input type="checkbox"/> rh neg		
LP	ET:		
Def. Termin	<input type="checkbox"/> US bestätigt		
Mehrlinge	<input type="checkbox"/> dichorial <input type="checkbox"/> monochoorial		

SS-Diagnostik und -therapie					
	<input type="checkbox"/> NT:		<input type="checkbox"/> ETT 1:		<input type="checkbox"/> CVS/AC
AK-Suchtest	Letztmals in:	SSW	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	→Kopie der relevanten Laborresultate
Rh-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> keine	in:	SSW	SSW	SSW
Diab. mellitus	<input type="checkbox"/> St.n.norm.Nü-BZ/oGTT75	in:	SSW	<input type="checkbox"/> patholog. oGTT75	in: SSW
→Diab.Kontrollheft mitbringen lassen	<input type="checkbox"/> Diät	ab:	SSW	<input type="checkbox"/> Insulin	ab: SSW
Infekt	<input type="checkbox"/>	in:	SSW	Behandlung	
	Strepto B	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	in:	SSW
	Chlamydien	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> behandelt	
	MRSA	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg		

Serologien und Impfstatus → bitte aktuelle Kopien beilegen

Nachbetreuung WB durch: Hebamme Pflegefachfrau keine gewünscht

Wünsche für die Geburt:	Wünsche für das Wochenbett:

- Weitere Kontrollen durch mich durch Frauenklinik
- Berichtskopie an mich andere:
- NSB-Spende gewünscht öffentlich privat nein

Ort/Datum:

Absender oder Stempel:

Unterschrift:

