

Anmeldung zur Geburt

Patientendaten:

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Strasse: _____
 PLZ/ Ort: _____
 Telefon: _____

Zuweisende(r) Ärztin /Arzt (Stempel und Unterschrift):

Datum: _____

Kostenträger:

Grundversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____
 Zusatzversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P
 Unfallversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P

Um den Patienten beim Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt anzubieten, bitten wir Sie, die Versicherungsangaben komplett auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versicherungskarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.

Information zur Schwangerschaft und Geburt

- Schwangerschaftskontrollen durch mich bis zur Geburt.
 Schwangerschaftskontrollen im Spital Limmattal ab _____ Schwangerschaftswoche.

Gravida / Para LP _____ BG Anti-D HBs-AG
 _____ ET _____ Rh Datum HBs-AK
 korr. ET _____ AK _____ Anti-HBs-AK

Röteln/IgG HIV Lues Varizellen HCV

NT CVS / AC Nüchtern BZ Chlamydien Strepto B
 ETT Ja oGTT 75 g Datum
 NIPT Nein _____

Strepto B Abstriche bitte nicht älter als 5 Wochen vor Geburt. Bitte Kopien von obenstehenden Originalbefunden per E-Mail oder Fax zusenden.

St. n. Sectio Gemini BEL Ster PP → Vorbesprechung 35./36. SSW

Fortsetzung auf Seite 2 >

Patient: Name: _____ Vorname: _____

Schwangerschaftsverlauf (Anämie, vorzeitige Wehen, Blutdruck, Proteine, Gestationsdiabetes)
Frühere Geburten / Sectio caesarea
Risikofaktoren
Medikamente
Wünsche für Geburt
<input type="checkbox"/> Tubensterilisation postpartum erwünscht
Bemerkungen

Belegärzte

Ich wünsche, zur Geburt gerufen zu werden

Termin Sectio: _____

◀ zurück zu Seite 1