

Chefarzt Dr. med. Thomas Prätz
Oberärzte Dr. med. Rüdiger Brinkhaus
Elena Tsvetkova
Paul Orłowski

Sekretariat Tel: 041 / 618 18 04 Fax: 041 / 618 18 19
thomas.praetz@ksnw.ch / www.ksnw.ch

Anmeldung zur Geburt

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	
Strasse:	PLZ:	Ort:	Telefon:
Krankenkasse / Sektion:		<input type="checkbox"/> allg. <input type="checkbox"/> ½-Privat <input type="checkbox"/> Privat	

Anamnese

_____ -Gravida _____ -Para Aborte: _____
Geburten (wann, wo): _____

1. Terminbestimmung

LP: _____ ET: _____ Korr.T.n.US: _____
Zyklen: _____ Konzeption/BTK: _____
1. US: _____ Weitere US-Kontrollen: _____
Plazentalage: _____ Besonderes: _____

2. Schwangerschaftsverlauf

Gewicht: _____ kg (+) BD: _____ Hb: _____ Urin: _____
Blutgruppe: _____ Rh-Ak (SS-Woche): _____
Besonderes: _____
Medikamente: _____

3. Risiko

keines

Anamnese: _____
 St.n. Sectio: _____
 BEL: _____
 Rhesuskonstellation: Rh-Prophylaxe SSW
 Präeklampsie: _____
 HELLP-Syndrom: _____

 Infekt: SSW Art/Behandlung
 HWI/Pyelonephritis CK-Abstrich Strepto B Chlamydien
 Thromboembolie-Risiko: _____
 Diabetes mellitus: Diät ab SSW Insulin ab SSW St. n. GTT BZ nüchtern: _____
 Mangelentwicklung: _____
 Poly-/Oligohydramnion: _____

4. Serologie

Röteln AK: _____ Rötelnimpfung im Wochenbett: ja nein
AIDS HIV: _____ Toxoplasmose: _____ IgG IgM
Lues: _____ HBs Antigen: _____ Anti Hbc IgG/IgM: _____

Anmeldewünsche

Kontrolle vor Geburt erwünscht ja nein

Beleghebamme/Name:
 Spitalhebamme

Ort, Datum:

Stempel, Unterschrift: