

Anmeldung Geburt

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse _____
PLZ / Ort _____
Telefon / Mobile _____
Krankenkasse _____

Allgemein 1/2 Privat Privat

Frauenklinik

Chefärztin
Dr. med. Steffi Leu-Hense

Leitender Arzt
Dietrich Lehmann

Oberärzte
Dr. med. Rüdiger Brinkhaus
Dr. med. Alexandru Sapatoru
Dr. med. Karel Srovnalik
Elena Tsvetkova

Sekretariat
Telefon 041 618 18 04
frauenklinik@spital-nidwalden.ch
www.spital-nidwalden.ch

Anamnese

Gravida: _____ Para: _____ Aborte: _____

Geburten: _____

Terminbestimmung

L.P.: _____ ET: _____ Korr. Termin n. US: _____

Zyklen: _____ Konzeption: _____

1 US: _____ weitere US-Kontrollen: _____

Plazentalage: _____

Besonderes: _____

Schwangerschaftsverlauf

Gewicht, Anfang/aktuell: _____ BD: _____ Hb: _____

Blutgruppe: _____ Rh-Ak (SS-Woche): _____

Besonderes: _____

Medikamente: _____

Risiko

kein Risiko

Anamnese: _____

St. n. Sectio: _____

BEL: _____

Rhesuskonstellation: _____

Rh-Prophylaxe: _____ SSW: _____

Präeklampsie: _____

HELLP-Syndrom: _____

Infekt: _____ SSW: _____ Art / Behandlung: _____

HWI: _____ CK-Abstrich: _____

Strepto B: _____ Chlamydien: _____

Thromboembolie-Risiko: _____

Diabetes mellitus: _____ Diät ab SSW: _____ Insulin ab SSW: _____

St.n. GTT: _____ BZ nüchtern: _____

Mangelentwicklung: _____

Poly- Oligohydramnion: _____

Serologien

Röteln-AK: _____ **Rötelnimpfung im Wochenbett:** Ja Nein
HIV: _____ CMV: _____ Parvovirus: _____
Lues: _____ HBs-Antigen: _____

Anmeldewünsche

Kontrolle vor Geburt erwünscht: Ja Nein

Spitalhebammen: _____
 Beleghebammen / Name: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

