

Anmeldung zur Geburt

Name		Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort	Geburtsdatum
Telefon Privat	Telefon Geschäft	Telefon Mobil
Versicherungsart <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> allgemein Patient wünscht Kontaktaufnahme durch Coordination <input type="checkbox"/> Spezialwunsch, wie folgt:		Angaben zur Versicherung (Name, Adresse, Mitglied-Nr.) Grund: Zusatz:

Angaben zur Geburt

Para	Gravida	Letzte Periode LP	Errechneter Termin ET	Korrigierter Termin
Risikofaktoren für diese SS: <input type="checkbox"/> keine, <input type="checkbox"/> wie folgt:		Geplante Sectio, Datum: <input type="checkbox"/> ja, Blutentnahme durch Hebammen <input type="checkbox"/> nein		

Labor Befunde, bitte Kopie der Befunde beilegen. Danke.

Blutgruppe /Rh	Irreguläre Antikörper: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich:	HBs Ag:	HIV: <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.	Lues Suchtest : <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.
Antenatale Rhesusprophylaxe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, letztmals am Datum:	Rubeolentiter: IU	Streptokokken B im Zervixabstrich <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.		
Allergien:				

Datum	Stempel oder Name und Unterschrift des Arztes
--------------	--

Wird von der Hebamme ausgefüllt

Eintrittsdatum	Eintrittszeit	Zi.-Nr. (mit Bett-ID bei 2er Zi.)
Eintrittsgrund		

Änderung von Spontangeburt auf Sectio, wird von der Disposition ausgefüllt

Indikation	<input type="checkbox"/> Sectio, gemäss Arzt/Praxis Tel. Datum: <input checked="" type="checkbox"/> Labor, gemäss Anästhesie: Hämatologie, Thrombozyten, Quick, Kreatinin (bei präoperativer Antikoagulation)		
Eintrittsdatum	Eintrittszeit	Operationsdatum	Operationszeit

Kinderarzt

Kinderarzt ist organisiert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name des Kinderarztes
---	-----------------------