

# Patientenanmeldung zur Geburt

Senden an: [gynsekr@spitalmaennedorf.ch](mailto:gynsekr@spitalmaennedorf.ch) , Fax: 044 922 21 05

## Personalien

Name  
Strasse, Nr.  
Telefon 1/ P  
Geburtsdatum W M  
Grundversicherung  
Versicherungsklasse Allg. AD EX NPFL/Wahleingriff Selbstzahler Depotbetrag Ja Ja Unfall\* Krankheit CHF  
Totalupgrade auf Familienzimmer  
Hausarzt, falls nicht Zuweisende/r \*falls ja,Arbeitgeber PLZ, Ort  
Vorname  
PLZ, Wohnort  
Telefon 2/ G  
AHV-Nr.  
Zusatzversicherung

## Angaben zur SS

Alter Zyklus Blutgruppe Pränataldiagnostik ETT NT NIPT Chorionbiopsie Amniozentese AFP(plus)  
Para. L.P. Grav. E.T./Korr.T Irreg. AK  
andere Resultat

## Serologie

HBs-AK neg pos HBs-Ag neg pos Röteln AK neg pos  
Toxoplasmose Immunität ja nein Lues neg pos  
Varizellen < Immunität ja nein HIV neg pos nicht gewünscht  
andere

## Andere Angaben

Ultraschall  
Frühere SS, Geburten  
Schwangerschafts-Verlauf/Medikamente  
Risiken/ Nebendiagnosen  
Letzte Laborwerte  
Wünsche für die Geburt  
Bemerkungen (Soziales etc.)  
Sterilisation post partum ja nein nicht besprochen  
Datum der Anmeldung Name Arzt/ Stempel

Dieses Dokument wurde elektronisch signiert.

SMA0184

