

Patientenanmeldung zur Geburt



Senden an: gynsekr@spitalmaennedorf.ch, Fax: 044 922 21 05

Personalien

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

Angaben zur SS

| | | | | | |
|--------------------|---|--------------|-------|-------------|-------|
| Alter | _____ | Para. | _____ | Grav. | _____ |
| Zyklus | _____ | L.P. | _____ | E.T./Korr.T | _____ |
| Blutgruppe | _____ | Rhesus-Fakt. | _____ | Irreg. AK | _____ |
| Pränataldiagnostik | <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> NT <input type="checkbox"/> NIPT <input type="checkbox"/> Chorionbiopsie <input type="checkbox"/> Amniozentese <input type="checkbox"/> AFP(plus) | | | | |
| andere | _____ | | | | |
| Resultat | _____ | | | | |

Serologie

| | | | | | |
|--------------|---|--------|---|--|---|
| HBs-AK | <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos | HBs-Ag | <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos | Röteln AK | <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos |
| Toxoplasmose | Immunität <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | Lues | <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos |
| Varizellen | < Immunität <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | HIV | <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht besprochen |
| Datum der Anmeldung | _____ |
| Name Arzt/ Stempel | _____ |

Dieses Dokument wurde elektronisch signiert.

SMA0184

