

Bitte datenschutzkonform versenden. Besten Dank.

## Anmeldung zur Geburt

Name	Vorname
Geburtsdatum	
Strasse	PLZ, Wohnort
Tel P	Tel G / Mobile
Zusatzangebote / Upgrade „Mehr Privatsphäre“	<input type="checkbox"/> Familienzimmer oder Zimmer zur Alleinbenutzung A1 Hinweis: Bei hoher Bettenbelegung kann der Zimmerwunsch nicht garantiert werden.
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat

Alter	Para. L.P.	Grav. E.T.	US korr. Termin:
-------	---------------	---------------	------------------

## Bitte Laborresultate mitschicken. Vielen Dank!

Blutgruppe:	Rhesus:	Irreg. Antikörper:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fetaler Rhesus-PCR	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos		
Anti-D-Prophylaxe (28-30 SSW), Datum verabreicht:				

Röteln	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> 2x geimpft	VZV	<input type="checkbox"/> immun	<input type="checkbox"/> anamnestisch immun	<input type="checkbox"/> neg
Lues	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos		HIV	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	
HbsAg	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos		Hepatitis C AK	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	
Strepto B	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	in der _____ SSW	Weitere Serologie:			

Nüchtern BZ/75 g GTT: ...../ ...../..... in der SSW Datum \_\_\_\_\_

## Pränataldiagnostik

ETT/ Datum _____	SSW _____	Risiko: 1: _____	NT: _____	mm	SSL: _____	mm	BIP: _____	mm
NIPT	SSW _____	Risiko: _____	<input type="checkbox"/> Tris 21	<input type="checkbox"/> Tris 13/18				
CVS in der _____	SSW _____	Karyotyp: _____						
AC in der _____	SSW _____	Karyotyp: _____						

## Ultraschall (Bitte Ultraschall-Daten als Beilage mitschicken )

1. Screening am _____	bei _____	SSW _____	<input type="checkbox"/> unauffällig.	<input type="checkbox"/> auffällig
2. Screening am _____	bei _____	SSW _____	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig

Impfungen:	Influenza	<input type="checkbox"/> am .....	Pertussis	<input type="checkbox"/> am .....
Vorherige SS/Geburten	Jahr	Ort	Geburt	<input type="checkbox"/> spontan / VE <input type="checkbox"/> Sectio
	Jahr	Ort	Geburt	<input type="checkbox"/> spontan / VE <input type="checkbox"/> Sectio
	Jahr	Ort	Geburt	<input type="checkbox"/> spontan / VE <input type="checkbox"/> Sectio

Besonderes in dieser SS

 Bitte Patientin zusätzlich zum Hebammengespräch auch zur Geburtsmodusbesprechung einplanen.

Zuweisender Arzt:

Datum:

Anmeldung an: Dr. med. Ch. Honegger, Chefarzt Frauenklinik, Zuger Kantonsspital, Landhausstr. 11, 6340 Baar, Fax: 041 399 32 01, [frauenklinik@zgks.ch](mailto:frauenklinik@zgks.ch)