



ANMELDUNG ZUR GEBURT

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Telefon Privat:

Mobile-Nr. Telefon Geschäft:

Strasse, Nummer: PLZ, Ort:

Frühere Geburten:

Para/Gravida	LP ET/korr. T:	Blutgruppe	Antikörper: Rhesusproph. am:	Hbs-Ag: ** anti-Hbc Anti-Hbs:
Röteln IgG	nü-BZ: 75 gr-Test	HIV	Strepto B-Abstrich* Datum:	VZV
Erst-Trimestertest: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	CVS/AC: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Chlamydien	Lues	HCV

***Streptokokken-B Abstriche** nicht älter als 5 Wochen vor Geburtstermin. Die gültigen Resultate verhindern eine unnötige Antibiotika-Abschirmung der Mutter unter der Geburt sowie die engmaschige Überwachung des Neugeborenen während 48 Stunden.

****Hbs-Antigen:** Mit akuten Resultaten kann auf eine aktive und passive Immunisierung des Neugeborenen verzichtet werden.

→ oder **Laborbefundkopien beiliegend:** ja nein

Allgemeine Risikofaktoren:

Bemerkungen:

.....
.....

- SS-Kontrollen durch einweisende(r) Ärztin/Arzt bis zur Geburt
- SS-Kontrollen durch Frauenklinik ab SSW
- Besprechung Geburtsprocedere durch Frauenklinik
-

KK-Klasse: <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> allgemein	geplante Geburt: <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> Hebammen geleitete Geburt (HGGH) <input type="checkbox"/> Beleghebamme:..... <input type="checkbox"/> Sectio:
---	--

Datum Stempel /Unterschrift des zuweisenden Arztes