

Einweisende(r) Arzt/Aerztin : Stempel

Anmeldung zur Geburt

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Telefon Privat:

Natel: Telefon Geschäft:

Strasse, Nummer: PLZ, Ort:

Vers.-Klasse: Allgemein Halbprivat Privat Ambulant

Para/Gravida	LP ET/KT	Blutgruppe	Antikörper Rhesusproh. am:	HBS-Ag Anti-Hbc Anti-Hbs
Röteln IgG	Nü-BZ: 50 gr-Test	HIV	Strepto B	ETT ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
CVS/AC ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Chlamydien	Lues	HCV	Sonstiges

Laborbefundkopien beiliegend: ja nein

Anamnese:

Frühere Geburten:

Besonderheiten/Risikofaktoren:

Wunsch nach Wassergeburt: ja nein

Medikamente:

Geburt durch Belegarzt
 Geburt durch Frauenklinik
 Geburt durch Beleghebamme

SS-Kontrollen durch mich bis Geburt
 SS-Kontrollen ab SSW durch Frauenklinik

Datum:

Unterschrift des zuweisenden Arztes:

.....

.....