

WL Chefarzt

WL 1 Bett

WL 2 Bett

Name, Vorname _____ Fam. _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Krankenkasse _____ Tel.Nr. _____

Adresse _____

Nationalität _____ Herkunftsland _____ Konfession _____

Name des Partners _____ Tel.Nr. _____

Nachname des Kindes _____

Alter _____ Grav/Para _____ ET _____

Blutgruppe/RH _____ Rhesusprophylaxe _____

HbsAg _____ β -Häm. Strep. B _____

Allergien _____

Infektionskrankheiten _____

Einweisender Gyn _____

Betreuende Hebamme _____

Datum _____ Handzeichen _____

Eigenanamnese (z.B. Allergien, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Blutungs- oder Thromboseneigung, Transfusionen, Nieren- und Harnwegserkrankungen, Schilddüsenerkrankungen, Augenerkrankungen, gynäkol. Erkrankungen, Operationen, Risiken lt. Katalog A):

Familienanamnese (z.B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, maligne Tumore, Mehrlinge, Risiken lt. Katalog A):

Vorausgegangene Schwangerschaften

Spontane/induzierte Aborte:

Geburten:

| Datum | SSW | Klinik | Geburtsmodus | Geburtsgewicht | Besonderheiten | WB/Stillzeit |
|-------|-----|--------|--------------|----------------|----------------|--------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Schwangerschaftsanamnese:

Zyklus: _____ LR: _____ ET: _____

Gewicht vor SS: _____ Größe: _____ Abusus: _____

Serologie:

AK-Suchtest negativ positiv, Titer 1:
Röteln-Titer negativ positiv, Titer 1: IgG IE/ml Impfung liegt vor
LSR durchgeführt **MRSA-Screening** nein ja, am: _____
Chlamydien negativ positiv **HIV** durchgeführt n.e.
Hep. C negativ positiv **Toxoplasmose** negativ n.e.

Sonstiges _____

Besonderheiten im SS-Verlauf (lt. Katalog B)

