

frauenklinik.zuweisung@ksbl.ch

Anmeldung zur Geburt

Name	
Vorname	Geb.-Datum
Str./Nr.	PLZ/Ort
Tel. Privat	Tel. Mobil
Krankenkasse	Vers.-Nr.
Pflegeklasse	<input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat

Gravida	Para
Frühere Schwangerschaften:	
LP	ET ET nach US
Mehrlinge	<input type="checkbox"/> dichorial <input type="checkbox"/> monochorial <input type="checkbox"/> andere
BG	<input type="checkbox"/> Rh positiv <input type="checkbox"/> Rh negativ ggf. Anti-D-Gabe am
Risiken:	
Komplikationen, Medikamente:	

Bitte folgende Kopien beilegen

- Blutgruppe, AK-Suchtest
- Blutbild
- Zervixzytologie
- Pränataldiagnostik (ggf. NT, ETT, NIPT, CVS/AC)
- Serologien, bzw. Impfstatus (Röteln, Masern, Varizellen, Lues, HIV, HBsAg, Pertussis)
- Screening auf Gestationsdiabetes
- GBS-Screening im selektiven Nährmedium

Wünsche für Geburt:	
<input type="checkbox"/> Wassergeburt (HBV, HCV, HIV vorliegend) Nabelschnurblut-Spende <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> keine	
Wünsche für Wochenbett:	
Nachbetreuung erwünscht durch:	<input type="checkbox"/> Hebamme <input type="checkbox"/> keine
Weitere Kontrollen durch	<input type="checkbox"/> Zuweiser <input type="checkbox"/> Frauenklinik Baselland
Befundbericht an	<input type="checkbox"/> Zuweiser <input type="checkbox"/> andere

Datum:

Stempel & Unterschrift:

