

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 <b>negativ</b> 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:

