**Geburtsanmeldung im Gebärsaal Wolhusen**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Geburts-Datum** | **Adresse** | **Telefon****E-Mail** | **Krankenkasse** |
|       |       |       |       |       |       |

L.P.       E.T.       korr. E.T.       BMI:

Blutgruppe       Anti-D-Prophylaxe erhalten? [ ]  nein [ ]  ja, wann?

Mehrlinge? [ ]  nein [ ]  ja Chorionizität

frühere Schwangerschaften/Aborte/EUG/Curettagen:

Gravida       Para       geplanter Geburtsmodus: [ ]  vaginal [ ]  Sectio

Irreguläre Antikörper [ ]  nein [ ]  ja Welche?

Hämatologische Störung [ ]  nein [ ]  ja Welche?

St.n. Thrombose/Embolie [ ]  nein [ ]  ja Welche?

Noxen [ ]  keine [ ]  ja Welche?

Dauermedikamente [ ]  nein [ ]  ja Welche? oder separate Liste

(Insulinpflichtiger) Diabetes [ ]  nein [ ]  ja

Allergien [ ]  keine [ ]  ja Welche?

Fetale Erkrankung / Malformation [ ]  nein [ ]  ja Welche?

Uterusfehlbildung / Müllergang-Anomalie [ ]  nein [ ]  ja Welche?

St.n. Sectio oder Uterusoperation [ ]  nein [ ]  ja Welche?

St.n. Wirbelsäulenoperation/-anomalie [ ]  nein [ ]  ja Welche?

psychische Erkrankung [ ]  nein [ ]  ja

Autoimmunerkrankung [ ]  nein [ ]  ja

Epilepsie [ ]  nein [ ]  ja

St.n. Sterilitätsbehandlung [ ]  nein [ ]  ja

St.n. höhergradigem Dammriss [ ]  nein [ ]  ja

St.n. postpartaler Hämorrhagie [ ]  nein [ ]  ja

St.n. Präeklampsie/HELLP [ ]  nein [ ]  ja

St.n. Frühgeburt [ ]  nein [ ]  ja

Sonstige Risiken

Streptokokken Gruppe B [ ]  negativ [ ]  positiv entnommen am:

 [ ]  vaginal [ ]  vaginal/rectal

Röteln [ ]  immun [ ]  nicht immun [ ]  bitte Impfung im Wochenbett

HIV [ ]  negativ [ ]  positiv

HBs Ag [ ]  negativ [ ]  positiv

Hepatitis C [ ]  negativ [ ]  positiv

**Sterilisation post partum** *(wir bitten um rechtzeitige Überweisung des Betrages)*[ ]  ja [ ]  nein

**Ist eine Vorbesprechung der Geburt/des Geburtsmodus gewünscht oder indiziert?** [ ]  ja [ ]  nein

**Ist ein präpartales Konsilium (Anästhesie, Hämatologie,…) indiziert?**  [ ]  ja [ ]  nein

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum Praxis-E-mail Praxisstempel, Unterschrift**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_