**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**

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