FRAUENKLINIK LUZERN **GEBURTSANMELDUNG**  

Dr. med. A. Winkler | Leitende Ärztin | Ärztliche Leitung Gebärsaal | Ultraschalltutorin SGUMGG

Dr. med. M. Hodel | Leiter Geburtszentrum| FMH Fetomaternale Medizin | Kursleiter SGUMGG

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | Vorname | Geb. Dat. | Adresse | Tel. / Mail | Versicherungs-status |
|  |  |  |  |  |  |

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/perianal

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

**Praxis-email für Rückfragen, ggf. Stempel, Datum, Unterschrift**

**senden an: mailen an: Besten Dank für die Anmeldung**

Ärztliche Leitung Geburtshilfe anmeldung-luzern.frauenklinik@luks.ch **zur Geburt sowie für Ihre sorgfältigen**

Frauenklinik Kantonsspital Luzern **Fax** 041/ 205 59 32 **Angaben!**

6000 Luzern 16 **Tel.** 041/ 205 59 36