**E-Mail: frauenklinik@ksow.ch**

Geburt  Schwangerschafts-Kontrolle  Hospitalisation  Ultraschall

**Personalien**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Geburtsdatum: | Tel. P.: | |
| Vorname: |  | Telefon: | P: | G: |
| Strasse: |  | Handy: |  | |
| PLZ/Ort: |  | Krankenkasse: | Privat  Halbprivat  Allgemein | |

**1. Schwangerschaftsangaben**

- Gravida  Para Aborte:       BMI:

Geburten (wann, wo):

Blutgruppe:        Rh pos  RH neg Medikamente:

LP:       Zyklus:       ET:

Korrigierter ET:        US bestätigt

**2. Schwangerschaftsdiagnostik und -therapie**

NT  ETT  CVS/AC  Organscreening

AK-Suchtest: Letztmals in:       SSW  neg  pos 🡪 **bitte Kopie Laborresultate**

Rh-Prophylaxe:  keine in:       SSW       SSW       SSW

BZ-Screening:  normaler Nü-BZ/oGTT 75 in:       SSW

patholog. oGTT 75 in:       SSW

Infekt:        in:       SSW Therapie:

Strepto B  pos  neg in:       SSW

Chlamydien  pos  neg  behandelt

**3. Serologien und Impfstatus 🡪 bitte aktuelle Kopien beilegen**

Röteln-AK:       Impfung im Wochenbett:  ja  nein

HIV:       Toxoplasmose:       IgG IgM

Lues:       HBs Antigen:       Sonstige:

**4. Risiko**  **keines**

Anamnese:

St.n. Sectio:

Thromboembolie:

Diabetes mellitus:        Diät ab       SSW  Insulin ab

Mehrlinge:        dichorial  monochorial

Andere:

Weitere Kontrollen:  durch mich  durch Frauenklinik

Ort / Datum: Absender oder Stempel: Unterschrift: