

Einweisende(r) Arzt/Aerztin : Stempel

Anmeldung zur Geburt

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Telefon Privat:

Natel: Telefon Geschäft:

Strasse, Nummer: PLZ, Ort:

Vers.-Klasse: ☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat ☐ Ambulant

Para/Gravida	LP ET/KT	Blutgruppe	Antikörper Rhesusproh. am:	HBS-Ag Anti-Hbc Anti-Hbs
Röteln IgG	Nü-BZ: 50 gr-Test	HIV	Strepto B	ETT ja ☐ nein ☐
CVS/AC ja ☐ nein ☐	Chlamydien	Lues	HCV	Sonstiges

Laborbefundkopien beiliegend: ja ☐ nein ☐

Anamnese:
Frühere Geburten:
Besonderheiten/Risikofaktoren:
Wunsch nach Wassergeburt: ja ☐ nein ☐
Medikamente:
☐ Geburt durch Belegarzt ☐ Geburt durch Frauenklinik ☐ Geburt durch Beleghebamme ☐ Hebammengeleitete Geburt ☐ SS-Kontrollen durch mich bis Geburt ☐ SS-Kontrollen ab SSW durch Frauenklinik

Datum:

Unterschrift des zuweisenden Arztes:

.....

.....