



Einweisende(r)Arzt/Aerztin: Stempel

**Anmeldung zur Geburt**

**Datum:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: P: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_

LP: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ Termin nach LP: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ Termin nach US \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

Gravidität: \_\_\_\_\_ Parität: \_\_\_\_\_

BG: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_ Falls Rh neg Datum der Anti D Gabe: \_\_\_\_\_  
(z.B: 28. SSW, bei Blutungen, Amniozentese uä.)

Röteln IgG: \_\_\_\_\_ Toxo IgG: \_\_\_\_\_

Hepatitis B \_\_\_\_\_ Anti-HBc-IgG: \_\_\_\_\_

Falls das Anti-HBc-IgG positiv ist: Anti-HBs-AK: \_\_\_\_\_

Vaginalbakteriologie vom \_\_\_\_\_

*Fakultative Angaben:* Versicherungs-Klasse: A  HP  P

**Anamnese:** \_\_\_\_\_

**SS-Verlauf:** \_\_\_\_\_  
(z.B.: Anämie?, vorz. Wehen?, BD?, Proteinurie?)

Irr.AK: \_\_\_\_\_ AFP plus: \_\_\_\_\_

Genetik, Datum: \_\_\_\_\_ Resultat: \_\_\_\_\_

HIV: \_\_\_\_\_ Hep C: \_\_\_\_\_

**Medikamente:** \_\_\_\_\_

**Besonderes / Wünsche:**