**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: