

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum _____

Patientenaufkleber

Wahlleistung: ACK1 ACK2 Fam.-Zim

Stillwunsch: Ja Nein

Gerinnungsanamnese: Ja Nein

BQS: Ja Nein

Blutgruppe:

Risiko SS: Ja Nein

Telefon Patientin: _____

Name Ehemann: _____

Geb.-Datum Ehemann: _____

Telefon Ehemann: _____

Einw.-Ärztin/Arzt: _____

Nachsorgende Hebamme: _____

Verlauf dieser SS: _____

Aufnahme **Diagnose:** **Entlassung:**

1. _____ _____ _____

2. _____ _____ _____

Anamnese:

Eigenanamnese: _____

Operationen: _____

Familienanamnese: _____

Allergien: _____

Medikamente: _____

Nikotin: _____

Körpergröße: _____

β-Streptokokken: negativ / positiv / n. e.

HbsAG: negativ / positiv **LSR:** erhoben / n. e.

Datum: _____

HIV: erhoben / n. e. **AK:** negativ / positiv

Toxoplasmose: negativ / positiv / n. e.

Chlamydien: negativ / positiv / n.e. **Glukose OGTT**

Röteln: Immunität anzunehmen? Ja Nein

Zyklus: Intervall _____ Blutungsdauer _____ Ovul.-H.: Nein/Ja, bis _____

_____ **Gravida** _____ **Para** **L** _____

_____ **P.:** _____ **E. T.:** _____

Aborte / Interruptiones: _____, wann: _____

Geburten:

	Jahr	♀♂	Gewicht	Größe	Geb.-Verlauf	Epi	SSW	Wochenbett	gestillt	Besonderes	Wo
1											
2											
3											
4											
5											

Datum: _____

Erfasser: _____