

**Personalien Patient/in**

Name:	Vorname:	
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:	
Tel. Privat/Mobile:	Tel. Geschäft:	
Geburtsdatum:		
Krankenkasse/Versicherung:	Mitgliedsnr.:	
Zusatzversicherung:	Mitgliedsnr.:	
<input type="checkbox"/> Private Abteilung	<input type="checkbox"/> Halbprivate Abteilung	<input type="checkbox"/> Allgemeine Abteilung
Einweisende/r Ärztin/Arzt:	Mit Beleghebamme, Namentlich	
Eingriff wird durchgeführt von:	Belegarzt      Klinikarzt	

**Hauptdiagnose:**

ICD-10: \_\_\_\_\_

Geburtstermin: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

Gravida: \_\_\_\_\_ Frühere SS: \_\_\_\_\_

Aktueller SS-Verlauf:                      Ohne Probleme      Mit Problemen

Nebendiagnosen:

Medikamente:

**Serologien:**

Blutgruppe:	neg	pos	Rophylac am:
Rubella IgG:	neg	pos	
HIV:	neg	pos	
HBs-AG	neg	pos	
Anti-HCV	neg	pos	
Strepto B:	neg	pos	noch ausstehend

**Behandlung/Operation:**

<input type="checkbox"/> Spontangeburt	CHOP / Tarmed
<input type="checkbox"/> primäre Sectio, Indikation :	CHOP / Tarmed
Anästhesiesprechstunde:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Operationsdatum am:	

**Absender-Informationen**

Praxis-Adresse: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Mit der Angabe von Praxis, Ort, Datum und Name bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen