

Personalien Patient/in

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
 Tel. Privat/Mobile: _____ Tel. Geschäft: _____
 Geburtsdatum: _____
 Krankenkasse/Versicherung: _____ Mitgliedsnr.: _____
 Zusatzversicherung: _____ Mitgliedsnr.: _____
 _____ Private Abteilung Halbprivate Abteilung Allgemeine Abteilung
 Behandlung durch: Belegarzt Klinikarzt
 Name Behandler*in _____

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:

Spontangeburt _____ CHOP / Tarmed _____
 primäre Sectio, Indikation : _____ CHOP / Tarmed _____
 Anästhesiesprechstunde: ja nein
 Operationsdatum am: _____

Absender-Informationen

Praxis/Hebammen-Adresse: _____
 Ort/Datum: _____ Name/Vorname: _____
 Mit der Angabe von Praxis, Ort, Datum und Name bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen