



ANMELDUNG ZUR GEBURT AM USZ

Post: UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Geburtshilfe, Frauenklinikstr. 10, 8091 Zürich
Fax 044 255 51 07, E-mail: GEB_Office@usz.ch

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Nummer

Plz, Ort

⇒Bei ausserkantonalen Patientinnen bitte Kostengutsprache beim Kantonsarzt einfordern/uns zustellen!

Tel. privat Tel gesch.

Zivilstand.

Beruf.

Versicherung **Versicherungsart** allgem., halbprivat., privat

Erster Tag der letzten Periode..... unbekannt....ET bzw KT.....

Ovulation/Embryotransfer (falls bekannt).....

Scheitel-Steisslänge beim ersten USmm am(Datum) oder

Biparietaldurchmesser beim ersten USmm am(Datum)

Anzahl Feten: Einling., Gemini (monochorial, dichorial), >2:

Blutgruppe Rh

Irreguläre Antikörper nein, ja, nämlich.....

Antenatale Rhesusprophylaxe nein, ja, nämlich letztmals am.....

Risikofaktoren für diese Schwangerschaft keine.....

Vorangehende Aborte/EUG/Geburten: keine

Ort	SS-Ausgang	Geburtsmodus	SS-Woche	Komplikation
-----	------------	--------------	----------	--------------

Laborbefunde in dieser SS

PAP-Abstrich Klasse am

Hb am:g/dl

Thrombozyten am.....:/m³

Anti Hbc Ak..... Falls positiv: HBs Ag..... Anti HBs Ak.....

Toxoplasmose IgG pos., neg. IgM pos., o neg.

RubeolentiterIU

Streptokokken B im Zervixabstrich pos. neg.

HIV: pos. neg. nicht durchgeführt/nicht gewünscht

fakultativ

Lues Suchtest pos. neg.

CMV IgG pos. neg.

GTT.....

Besonderes SS-Kontrollen durch einweisenden Arzt bis Geburt

SS-Kontrollen abSSW durch Poliklinik

Bitte Pat. beiSSW für US anbieten

Datum

Praxisstempel

Unterschrift