

Personalien Patientin

Name:	Vorname:	
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:	
Tel. Privat/Mobile:	Tel. Geschäft:	
Geburtsdatum:		
Krankenkasse/Versicherung:	Mitgliedsnr.:	
Zusatzversicherung:	Mitgliedsnr.:	
Private Abteilung	Halbprivate Abteilung	Allgemeine Abteilung
Einweisende/r Ärztin/Arzt:	Mit Beleghebamme, Namentlich	

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