Universitäres Lehr- und Forschungsspital

luzerner kantonsspital
LUZERN SURSEE WOLHUSEN

Frauenklinik
Geburtshilfe und Fetomaternale Medizin
Chefarzt a.p.: KD Dr. med. Markus Hodel

Luzerner Kantonsspital
Spitalstrasse | 6000 Luzern 16
Telefon 041 205 59 36
sek.gebaerabteilung.fkl@luks.ch | luks.ch

Geburtsanmeldung Frauenklinik Luzern

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum:**
Strasse: **PLZ:** **Ort:** **Telefon:**
E-Mail **Versicherungsstatus:** Allgemein Flex Halbprivat Privat

-Gravida **-Para** **L.P.:** **E.T.:** **korr. E.T.** **Blutgruppe:** **BMI:**

fetales RHD positiv negativ **Anti-D-Prophylaxe erhalten?** nein ja, wann?

frühere Schwangerschaften/Aborte/EUG/Curettagen:

Mehrlinge? nein ja **Chorionizität** momochorial dichorial **geplanter Geburtsmodus:** vaginal Sectio

Irreguläre Antikörper	nein	ja	Welche?
Hämatologische Störung	nein	ja	Welche?
St.n. Thrombose/Embolie	nein	ja	Welche?
Noxen	keine	ja	Welche?
Dauermedikamente	nein	ja	Welche?
(Insulinpflichtiger) Diabetes	nein	ja	Welche?
Allergien	keine	ja	Welche?
Fetale Erkrankung / Malformation	nein	ja	Welche?
Uterusfehlbildung / Müllergang-Anomalie	nein	ja	Welche?
St.n. Sectio oder Uterusoperation	nein	ja	Welche?
St.n. Wirbelsäulenoperation/-anomalie	nein	ja	Welche?
psychische Erkrankung	nein	ja	
Autoimmunerkrankung	nein	ja	
Epilepsie	nein	ja	
St.n. Sterilitätsbehandlung	nein	ja	
St.n. höhergradigem Dammriss	nein	ja	
St.n. postpartaler Hämorrhagie	nein	ja	
St.n. Präaklampsie/HELLP	nein	ja	
St.n. Frühgeburt	nein	ja	
Sonstige Risiken			
Streptokokken Gruppe B	negativ	positiv	entnommen am: vaginal vaginal/perianal
Röteln	immun	nicht immun	bitte Impfung im Wochenbett
HIV	negativ	positiv	
HBs Ag	negativ	positiv	
Hepatitis C	negativ	positiv	

Sterilisation post partum (wir bitten um rechtzeitige Überweisung des Betrags)	ja	nein
Ist eine Vorbesprechung der Geburt/ des Geburtsmodus gewünscht oder indiziert?	ja	nein
Ist ein präpartales Konsilium (Anästhesie, Hämatologie, ...) indiziert?	ja	nein

Zuweisung an: Frauenklinik persönliche Zuweisung an Ärztin/Arzt:

Angaben überweisende Praxis

Datum: Praxis: Kontakt:
E-Mail: Telefon:

Formular zurücksetzen drucken