**Geburtshilfliche Überweisung meiner Patientin an das «frauenarztzentrum aargau ag»**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | | | | | | Geburtsdatum: | | | | |
| Strasse, Haus-Nr.: | | | | Tel.-Nummern: | | | | | | |
| PLZ, Ort: | | | | e-Mail Adresse Patientin: | | | | | | |
| Versicherungsklasse | | | 🞎 Allgemein | | | 🞎 Halbprivat | | 🞎 Privat | | |
| **Überweisungsgrund**/**Fragestellung:** | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 Übernahme Schwangerschaftsbetreuung | | | | 🞎 Pränataldiagnostik | | | | | | | | | |
| 🞎 Ultraschalluntersuchung | | | | 🞎 Doppleruntersuchung | | | | | | | | | |
| 🞎 Schwangerschaftskontrolle | | | | 🞎 V.a. extrauterine Gravidität | | | | | | | | | |
| 🞎 Postpartale Kontrolle | | | | 🞎 Sonstiges | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |  |
| **Schwangerschaft**: \_\_\_ Gravida \_\_\_Para  LP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ET \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ T korr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Terminbestätigung: 🞎 US 🞎 keine US-Bestätigung 🞎 unklar  Blutgruppe: \_\_\_ Rhesus 🞎pos 🞎neg  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Aktuelles Problem:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Zusatzangaben, wenn vorhanden/zutreffend:**  ETT: 🞎 unauff. 🞎 pathologisch Genetik: 🞎 ja 🞎 nein \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  AK-Suchtest: 🞎 neg 🞎 pos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Rhesus-Prophylaxe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Infekte B-Streptokokken \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Diabetes-Screening: 🞎 ja 🞎 nein OGTT patologisch in \_\_\_\_\_\_SSW Insulin ab SSW \_\_\_  Röteln 🞎 immun 🞎 keine Immunität 🞎 unbekannt  Lues 🞎 negativ 🞎 positiv 🞎 unbekannt  HIV 🞎 negativ 🞎 positiv 🞎 unbekannt  Toxoplasmose 🞎 negativ 🞎 positiv 🞎 unbekannt  Hep B, HBs-Antigen 🞎 negativ 🞎 positiv 🞎 unbekannt Datum Labor \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  |
| **Relevante Anamnese und Befunde:** | | | | | | | | | | | | | |

🞎 Z.n. Sectio 🞎 Z.n. Vacuum-Entbindung 🞎 anderes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medikamente:** | | | |
| **Beilagen:** | | 🞎 Berichte | 🞎 Laborbefunde | 🞎 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Kontrollen erwünscht 🞎 bei mir 🞎 in frauenarztzentrum

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum:** |  | Absender (Stempel): |