**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 \_\_\_ParaLP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ET \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ T korr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Terminbestätigung: 🞎 US 🞎 keine US-Bestätigung 🞎 unklarBlutgruppe: \_\_\_ 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 🞎 unbekanntLues 🞎 negativ 🞎 positiv 🞎 unbekanntHIV 🞎 negativ 🞎 positiv 🞎 unbekanntToxoplasmose 🞎 negativ 🞎 positiv 🞎 unbekanntHep 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): |