



DATEN DER PATIENTIN

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Wohnort:

DATUM 1. GESPRÄCH:

/ /
Blutgruppe/Rh.
Grav.
Para
SC
IUVD

DATUM 1. TAG DER LETZTEN MENSTRUATION:

/ /

MEDIKAMENTEN GEBRAUCH:

(Übersicht über die letzten
3 Monate beilegen)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIEN:

Schwangerschaft festgestellt durch:

- Urintest Körperliche Untersuchung
 Blutuntersuchung Ultraschall W.Am.

VORGESCHICHTE:

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abdominale Chirurgie | <input type="checkbox"/> Herzkerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Neurologische Abweichungen |
| <input type="checkbox"/> Anämie | <input type="checkbox"/> Gynäkologische Chirurgie | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Bluttransfusion | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten |
- Andere, und zwar:

INDIKATION (Notsituation im Sinne des Gesetzgebers)

.....
.....
.....
.....
.....

STEMPEL DES HAUSARZTES/ÜBERWEISENDEN:

UNTERSCHRIFT & DATUM:

/ /