SPITALUSTER

Brunnenstrasse 42
Postfach, 8610 Uster
Tel. +41 44 911 11 11
www.spitaluster.ch

. . . . . .
Sekretariat Frauenklinik
Tel. +41 44 911 15 71
zuweisung.frauenklinik@spitaluster.ch

Anmeldung zur Geburt

HINWEIS ZUM AUSFÜLLEN | DRUCKEN | SPEICHERN | VERSENDEN

Patientenname:		**Vorname:**		**Geburtsdatum:**
Adresse:		**PLZ/Ort:**		**Telefon:**
Frühere Behandlungen im Spital Uster:		☐ Nein ☐ Ja, Jahr:		
Geplanter Aufenthalt:	☐ Stationär	☐ Ambulante Geburt		
Versicherungsklasse:	☐ Privat	☐ Halbprivat	☐ Allgemein	
Eintrittsgrund:	☐ Krankheit	☐ Unfall	☐ Schwangerschaft	☐ andere:
Para:		**Gravida:**		**LP:**
Err. Termin:		**Korr. Termin:**		
Blutgruppe:		**Rh.-Faktor:**		
Irreg. Antikörper:		**Anti-D-Prophylaxe (28–30 SSW):**		
Röteln:		☐ negativ	☐ positiv	
Lues:		☐ negativ	☐ positiv	
HIV:		☐ negativ	☐ positiv	
Varizelle:		☐ negativ	☐ geimpft	☐ durchgemacht
Hepatitis B:	HBs-Ag	☐ negativ	☐ positiv	
	Anti-HBc	☐ negativ	☐ positiv	
	IgG/IgM-Ak			
	Anti-HBs-Ak	☐ negativ	☐ positiv	
Ultraschall:	Wann?		entsprechend	SSW
	Wann?		entsprechend	SSW
	Wann?		entsprechend	SSW
Pränataldiagnostik:	1. Trimestertest	SSW	Risiko:	
	AFP-Plus	SSW	Risiko:	
	CVS in der	SSW		
	AC in der	SSW		Karyotyp:
	NIPT(SSW):		Befund:	
Strepto B		☐ negativ	☐ positiv	
Geburtsmodusbesprechnung (ca. 34-36 SSW):		☐ nein	☐ ja, Grund:	
Bemerkungen: (Ster. p.p., Soziales, Wünsche)				

den:

Unterschrift:

Zuweisender Arzt

Telefon:

Bitte mit Stempel und Unterschrift (falls nicht per Email verschickt)