

**Schwangerschafts-Kontrolle / Geburtsanmeldung** Kopie, Datum: .....

Alter	P. / G.	LP	Zyklus	ET	KT
BG: Rh:	Irreg. AK	Pap/Chlam	Strep. B.	oGTT	Allg/HP/P1/amb.
Röteln	Toxo	Hep B	Hep C	Varizellen	HIV
Pränataldiagnostik ja nein	NT: ETT:	AFP: (AFP +):	CVS: AC:	Geschlecht mitgeteilt / nicht mitgeteilt	Andere Serolog. CMV Lues

Frühere SS, Geburten:

Risikofaktoren:

Wünsche für die Geburt  
 (Fam.Zimmer) .....

Datum								
SS-Woche								
Gewicht								
Ödeme	BMI							
BD								
Urin-E/Z	/	/	/	/	/	/	/	/
BU/Sy-Fundus	/	/	/	/	/	/	/	/
Fundus Lage								
Kindsbewegungen								
HT/US/CTG								
Portio/MM/CK								
Hb / Tc								
Nativ/pH								
Doppler/CTG Andere Untersuchung								
Bemerkungen								
Therapie AUF								
Kontrolle								
Visum								