

## Stammblatt Geburtshilfe

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b><u>Patientin:</u></b>  | Kontaktlinse <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/>             | <b><u>Stillanamnese:</u></b>   |
| Name:   | <b><u>Erkrankungen:</u></b>   | 1.Kind: Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Dauer: |
| Geburtsdatum:   |   | <b>Hilfsmittel:</b>  |
|   |   | 2.Kind: Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Dauer: |
|   | <b><u>Medikamente:</u></b>  | <b>Hilfsmittel:</b>  |
| (Aufkleber)   |   |  |
|   |   |  |
| <b><u>Einweiser (Gyn):</u></b>  | <b><u>Sterilitätsbehandlung:</u></b>  | Stillen: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>       |
|   | <b><u>OP`s:</u></b>   | Nahrung: HA <input type="checkbox"/> Pre <input type="checkbox"/>        |
| <b><u>Angehörige:</u></b>   |   | <b>Geburtensnummer:</b>  |
|   |   | <b>Geburtsdatum:</b>   |
| ( ) ist auskunftsberechtigt   | <b><u>Sonstiges:</u></b>  | <b>Geburtsverlauf:</b>   |
| Tel:  |   |  |
| Grav:                      Para:  |   | (Aufkleben)  |
| ET:   | Covid: geimpft:      Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>    |  |
| <b><u>Vorsorgeuntersuchungen:</u></b>   | <b>PCR-Abstrich:</b>  |  |
| OGTT: Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 50mg <input type="checkbox"/> 75mg <input type="checkbox"/> |   |  |
| <b>Werte:</b>   | <b>Harninkontinenz:</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |  |
| <b>GDM:</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>   | <b>Blutgruppe Mutter:</b>   |  |
| <b>AC:</b>  | <b>Blutgruppe Kind:</b>   |  |
| <b><u>Allergien/ Unverträglichkeit:</u></b>   | <b>Coombs Test:</b>   | <b>Köln,</b>   |
|   | <b>Rhesogam gegeben:      Datum:</b>  | (Unterschrift)   |