

# ANMELDUNG ZUR GEBURT

Tel. 044 466 11 11  
 Fax 044 466 51 59  
 www.triemli.ch

Name, Mädchenname: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Telefon Privat: .....

Natel: ..... Telefon Geschäft: .....

Strasse, Nummer: ..... PLZ, Ort: .....

<b>Para/Gravida</b>	LP ET/korr. T:	<b>Blutgruppe</b>	Antikörper: Rhesusproph. am:	<b>Hbs-Ag</b> <b>anti-Hbc</b> <b>Anti-Hbs:</b>
<b>Röteln IgG</b>	nü-BZ: 50 gr-Test	HIV	<b>Strepto B</b>	
Erst-Trimestertest: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	CVS/AC: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Chlamydien	Lues	HCV

→ oder Laborbefundkopien beiliegend: ja  nein

**Frühere Geburten:**

**Allgemeine Risikofaktoren:**

Bemerkungen:

.....

.....

SS-Kontrollen durch mich bis Geburt       SS-Kontrollen ab .....SSW durch Frauenklinik

Krankenkasse/Versicherung: \_\_\_\_\_

Mitglied-Nr./Police-Nr: \_\_\_\_\_

Klasse:     Privat  
              Halbprivat  
              allgemein

geplante Geburt:     stationär  
                               ambulant

Stempel /Unterschrift des zuweisenden Arztes

Datum .....