



Schwangerschaftskontrollblatt

<input type="checkbox"/> Allg. <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> P	Para	Grav	-jährig	BG / Rh
	LP	ET	T nach US	
	Zyklus	Konzeption	PAP	Allo-AK Kontrolle
Serologie	<input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Lues <input type="checkbox"/> Varizellen <input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hep. B Anti HBc ges. Anti HBs-Ak	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG IgM Kontrolle	
Genetik	<input type="checkbox"/> Chorionbiopsie	<input type="checkbox"/> Amniozentese	Indikation:	Resultat:

Frühere SS, Geburten

Risikofaktoren

Wünsche für die Geburt / Modus

Datum					
SSW					
Fundus / Lage					
BU / FS	/	/	/	/	/
KB					
HT / US / CTG					
Vag. Befund					
Ödeme					
Gewicht	- +	- +	- +	- +	- +
BD	/	/	/	/	/
Urin E / Z	E <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/>
Urin Combur					
Hb					
Allo-Ak					
Anderes Labor					
Beschwerden					
Therapie					
Kontrolle					

Datum						
SSW						
Fundus / Lage						
BU / FS	/	/	/	/	/	/
KB						
HT / US / CTG						
Vag. Befund						
Ödeme						
Gewicht	- +	- +	- +	- +	- +	- +
BD	/	/	/	/	/	/
Urin E / Z	E <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/>
Urin Combur						
Hb						
Allo-Ak						
Anderes Labor						
Beschwerden						
Therapie						
Kontrolle						

Datum | Besonderheiten / Hospitalisation

|
|
|
|
|
|
|