

Antenataltransport

FHK-GHFMM-FM

gültig ab: 31.07.2023

Version: 04

Seite 1 von 2

Bitte ausfüllen und faxen an 01/ 40 400 29930 ODER mit Pat. mitschicken!

Transfer aus KH _____ am _____/202_

Verantwortliche/r Oberarzt/ärztin aus Transfer-KH _____ (Tel: _____)

Zusagender Arzt/Ärztin aus AKH Wien _____

Name der Patientin

Geb. Datum

Anamnese

Grav Partus Frühgeburt Komplikationen

Diagnose: (Mehrfachangaben möglich):

- vorzeitige Wehen / drohende Frühgeburt vorz. Blasensprung Blutung Präeklampsie
 HELLP-Syndrom Mehrlingsschwangerschaft Sonstiges:

Derzeit Grav.: SSW/..... (EGT:...../...../.....)

Blasensprung: ja/..... nein unklar
Datum/Uhrzeit

Spiegel:

US: Biometrie: BIP..... mm AC mm FW- Menge Plazenta
Doppler: Cervixlänge: Sonstiges:

CTG: unauffällig pathologisch unklar

