

Antenataltransport

FHK-GHFMM-FM

gültig ab: 12.07.2022

Version: 03

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: .....

**COVID-PCR (<48h) vorhanden?**  ja  nein  
COVID-19 pos.?  ja  nein

**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

