

# Anmeldung zur ambulanten Sprechstunde

Name, Vorname:

Ledigname:

Geburtsdatum:

Strasse, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon privat

Telefon Geschäft:

Mobilnummer:

E-Mail:

Krankenkasse:

Zusatzversicherung:

Erster Tag der letzte Periode:

unbekannt

Errechneter Termin bzw. Korrigierter Termin:

Gravidität:

Parität:

Anzahl Feten:            Einling            Gemini            monochorial            dichorial            > 2

Schwangerschaftskomplikationen:

Bitte senden Sie die Originallaborbefunde mit, wenn vorhanden.

Besonderes

Patientin für Ultraschall bei	SSW aufbieten	Wachstumsverlauf bei	SSW
Schwangerschaftskontrolle ab	SSW durch Poliklinik	Patientin für Gespräch über Geburtsmodus aufbieten	

Ich wünsche eine persönliche Zuweisung in die Sprechstunde von:

Ort, Datum:

Unterschrift des überweisenden Arztes:

Praxisstempel

E-Mail: [gebvlpol@usz.ch](mailto:gebvlpol@usz.ch), Fax: +41 044 255 43 96

Per Post: Universitätsspital Zürich, Ambulante Geburtshilfe, NORD1 B320a, Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich