

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

**Gemeinschaftspraxis**  
 Dres. D. Rothacker & Kollegen  
**Fachärzte für Pathologie**  
 Ellerried 07  
 19061 Schwerin-Krebsförden  
 Tel.: 0385-65970  
 Fax.: 0385-65971  
 e-mail: mail@patho-sn.de

Eingangsdatum Labor:
E.-Nr. Labor:

**Begleitschein  
 - Plazenta -**

Eingesandtes Material, Entnahmelokalisation:

	<b>Histologische Vorbefunde:</b>
	<b>Befundkopie an:</b>
Klinische Diagnose, Fragestellung:	.....
	.....

**Anamnese – Mutter:**

Zahl der Geburten: \_\_\_\_\_ Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

Missbildungsgeburten: \_\_\_\_\_ Totgeborene: \_\_\_\_\_

**Krankheiten:** \_\_\_\_\_

Einsendender Arzt, Stempel und Unterschrift

**Anamnese – Schwangerschaft:**

Entbindungstermin (SSW): \_\_\_\_\_

Blasensprung am: \_\_\_\_\_ Sektio: \_\_\_\_\_ Forceps: \_\_\_\_\_ Via naturalis: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten: \_\_\_\_\_ Zigaretten/die: \_\_\_\_\_ Alkohol: \_\_\_\_\_

EPH-Gestose: \_\_\_\_\_ HELLP-Syndrom: \_\_\_\_\_

Blutgruppen-Inkomp.: \_\_\_\_\_ Diabetes mellitus: \_\_\_\_\_

**Pränatale Diagnostik:**

Plazentasitz: \_\_\_\_\_ US-Diskrepanz: \_\_\_\_\_

Amnioskopie: \_\_\_\_\_ Fruchtwasser: \_\_\_\_\_

Dopplerbefund: \_\_\_\_\_ Cerclage: \_\_\_\_\_

Humangenetik: \_\_\_\_\_

**Kind:**

Geschlecht: \_\_\_\_\_ **Zwilling:** \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ g \_\_\_\_\_ g

Apgar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Blut-pH: \_\_\_\_\_ CTG-Befund: \_\_\_\_\_

Für weitere Angaben bitte Rückseite benutzen: