

Frauenklinik
Universitätsspital Basel
Geburtshilfe und Pränatalmedizin
Spitalstrasse 21
CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 93 93
Telefax +41 61 265 91 85
E-Mail: zuweisung.geburtshilfe@usb.ch

Anmeldeformular Eiseninfusion Geburtshilfe/Schwangere Patientinnen

Daten der Patientin:

* Pflichtangabe

*Name: _____

*Vorname: _____

*Geburtsdatum: _____

*Adresse: _____

Tel. Nr.: _____

E-Mail: _____

Krankenversichert bei: _____

Informationen zur Schwangerschaft:

* Pflichtangabe

*Gravida _____ *Para _____ *ET _____

aktuelles Schwangerschaftsalter: _____

Gewicht vor Schwangerschaft oder BMI: _____

*Relevante Nebendiagnosen: _____

Aktuelle Medikation _____

Anmeldeformular Eiseninfusion Geburtshilfe/Schwangere Patientinnen

*Hb (g/l) _____ Datum _____

*Ferritin (µg/l) _____ Datum _____

*CRP (mg/l) _____ Datum _____

*Bisherige Eisensubstitution _____

Seit wann? _____

Ja Nein

*Allergien? Ja Nein

Wenn ja: welche? _____

*Ist ein schweres Asthma oder Ekzem bekannt? Ja Nein

*Ist eine Autoimmunerkrankung bekannt (z.B. Lupus erythematodes)? Ja Nein

*Gab es bereits Eiseninfusionstherapien? Ja Nein

Sind Nebenwirkungen aufgetreten: _____ Ja Nein

Gewünschte Eisentherapie:

Ferinject 1x500mg 1x1000mg 2x500mg

Venofer à 200mg, 1x/Woche Wieviel Mal? _____

Bemerkungen: _____

***Ort, Datum**

*** Visum zuweisender Arzt/Ärztin (+Stempel)**

Nur für interne Zwecke:

1. Infusion verabreicht

Datum

Unterschrift

2. Infusion verabreicht

Datum

Unterschrift