



Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

## Gynäkologisches Attest für schwangere Patientinnen

Oben genannte Patientin wird seit \_\_\_\_\_ von mir betreut.

Es liegt keine Risikoschwangerschaft vor. Die Patientin ist uneingeschränkt kurfähig. Es bestehen keine/folgende Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit: \_\_\_\_\_

Die Patientin weist einen ausreichenden Impfschutz auf und/oder wurde darüber informiert, dass sich in einer Kureinrichtung auch un- oder unvollständig Geimpfte aufhalten können.

Folgende Diagnosen liegen bei der Patientin vor (bitte ankreuzen):

- Thrombophilie oder Blutungsneigung
- Bluthochdruck
- Adipositas Grad III
- Z. n. HELLP Syndrom, Präeklampsie und Eklampsie
- Diabetes Typ 1, Typ 2 oder Schwangerschaftsdiabetes
- Cerclage
- internistische Erkrankungen (Leber, Lunge, Niere, Herz)
- vorzeitige Wehen

Folgende Medikamente werden eingenommen: \_\_\_\_\_

**Bitte Rückseite beachten!**

SSW: \_\_\_\_\_ VET: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel Gynäkologin/Gynäkologe