

Anmeldeformular zur Geburt

Liebe Schwangere, bitte füllen sie diesen Bogen gut lesbar aus.
Außerdem wäre eine Kopie oder das Einscannen Ihres Mutterpasses eine große Hilfe.

Vielen Dank! *Ihr Kreißsaal-Team*

Schwangere

Name: _____

Chefarzt Behandlung: ja nein

Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Frauenarzt: _____

Gesetzliche
Krankenkasse: _____

Nachsorgende
Hebamme _____

Private
Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Beruf: (freiwillig) _____

Kinderarzt: _____

Krankheiten in der Familie (z.B. Diabetes, Fehlbildungen, Hüftdysplasie, Herzfehler, andere)

Eigenanamnese

Internistische Erkrankungen (Herz, Leber, Lunge, Niere, Schilddrüse...):

Blutungs-/Thromboseneigung:

Bluttransfusion:

Allergien:

Operationen:

Andere Erkrankungen:

Gynäkologische Anamnese

Gynäkologische Operation (Brust, Gebärmutter...):

Sterilitätsbehandlung (z.B. IVF, ICSI, Hormonbehandlung)

Geburten

Datum	SSW	Klinik	Geschlecht	Spontan, Saugglocke, Kaiserschnitt, Dammschnitt/-riss?	Besonderheiten	Gewicht	Kind gesund?

Sonstige Schwangerschaften (Fehlgeburt/ Abbruch)

Schwangerschaftsverlauf:

Zykluslänge/Blutungsdauer:

Letzte

Periode: _____

Errechneter Geburtstermin (ET) _____

Geburtsvorbereitungskurs? ja nein

Nikotin: _____

Alkohol/Drogen:

Aktuelle Medikamente (Hersteller & Dosierung):

Stationärer Aufenthalt in der Schwangerschaft (Wann? Wo ? Warum?)

Pränatale Diagnostik (z.B. Fetalis,
Nackentransparenzmessung...):

Doppler-Ultraschall:

Auffällige
Ergebnisse? _____

Laborbefunde und Blutgruppe

Für diesen Abschnitt benötigen wir Seite 2-8 Ihres Mutterpasses (1. Schwangerschaft) bzw. Seite 18-24 (2. Schwangerschaft) als Kopie per Post oder eingescannt per Mail.

Aktuelle Situation und Wohlbefinden

Besondere psychische Belastung

(z.B. durch Konflikte in der Partnerschaft, fehlende familiäre Unterstützung, Gewalt, Verlust eines Angehörigen)

ja nein

Besondere soziale Belastung

(z.B. finanzielle Probleme, Wohnsituation, Verständigung, Integrationsprobleme)

ja nein

Besondere Belastungen beim Partner/Bezugsperson

ja nein

**Ich wünsche mir Informationen und Beratung durch den
Lotsendienst** (Fachstelle Frühen Hilfen des Landkreises
Wolfenbüttel). (siehe [Infofilm](#))

ja* nein

Anmerkungen und Wünsche

(PDA, Wassergeburt, Familienzimmer, Lieblingsraum...)
