

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: _____

Mobilnummer: _____

Gesetzliche
Krankenkasse: _____

Frauenarzt: _____

Private
Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Nachsorgende
Hebamme : _____

Kinderarzt: _____

Beruf: (freiwillig) _____

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:

Andere _____

Geburten

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

Sonstige Schwangerschaften (Fehlgeburten):

Schwangerschaftsverlauf:

Zykluslänge: _____

Letzte Periode: _____

Errechneter Geburtstermin (ET) _____

Geburtsvorbereitungskurs? ja nein

Betreuende Hebamme

Nikotin: _____

Alkohol/Drogen: _____

Aktuelle Medikamente:

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

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

Doppler-Ultraschall:

Auffällige
Ergebnisse? _____**Angaben zu ihrem Covid 19 Impfstatus:**

1. Datum der letzten Impfung: _____

Impfstoff: _____

2. Datum Booster Impfung: _____

Impfstoff: _____

3. Liegt ein Genesen Status vor?

 ja nein**Laborbefunde und Blutgruppe**

Für diesen Abschnitt benötigen wir Seite 2-11 Ihres Mutterpasses (1. Schwangerschaft) bzw. Seite 18-27 (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...)
