



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: _____

Beruf: (freiwillig) _____

Vater/Lebenspartner

Name: _____

Telefonnummer: _____

Vorname: _____

Mobilnummer: _____

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, Saugglocke, Kaiserschnitt, Dammschnitt/-riss?	Besonderheiten	Gewicht	Kind gesund?

Sonstige Schwangerschaften (Fehlgeburten):

Schwangerschaftsverlauf:

Zykluslänge: _____

Letzte Periode: _____

Errechneter Geburtstermin (ET) _____

Geburtsvorbereitungskurs? ja nein

Betreuende Hebamme

Besondere psychische Belastung

Besondere soziale Belastung (Integration, Verständigung, wirtschaftliche Probleme)

Nikotin: _____

Alkohol/Drogen: _____

Aktuelle Medikamente:

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 2-11 Ihres Mutterpasses (1. Schwangerschaft) bzw. Seite 18-27 (2. Schwangerschaft) als Kopie per Post oder eingescannt per Mail.

Anmerkungen und Wünsche

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