



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, Saugglocke, 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?

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...)

Mit einem „ja“ stimmen Sie der Übermittlung Ihrer Telefonnummer an die Fachstelle Frühe Hilfen des Landkreises Wolfenbüttel zur Kontaktaufnahme zu.