Stand: 11.01.2023

Städtisches Klinikum Wolfenbüttel

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: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum:_____

Gesetzliche Krankenkasse:_____

Private Krankenkasse:_____

Beruf: (freiwillig) _____

Chefarzt Behandlung: ☐ja ☐nein

Telefonnummer:_____

Frauenarzt:_____

Nachsorgende Hebamme_____

Hausarzt:_____

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)

_____

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

Städtisches Klinikum Wolfenbüttel

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? _____

Angaben zu ihrem Covid 19 Impfstatus:

1. Datum der ersten Impfung: _____ Impfstoff: _____
2. Datum der zweiten Impfung: _____ Impfstoff: _____
3. Datum der dritten Impfung: _____ Impfstoff: _____
4. Datum der vierten Impfung: _____ Impfstoff: _____

Liegt ein Genesenen-Status vor? ☐ja ☐nein

Wenn ja, wann? _____

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

Besondere soziale Belastung ☐ja ☐nein
(z.B. finanzielle Probleme, Wohnsituation, Verständigung, Integrationsprobleme)

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.*