



**Ihre Ansprechpartnerinnen:
Hebammen**

Kreißsaal Tel: 0 22 41 / 801-856
Gyn. Ambulanz Tel: 0 22 41 / 801-851

Anmeldung zur Geburt

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Adresse:

Bitte Patientinnen- Etikettenaufkleber anbringen

Gynäkologe/Gynäkologin: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsstatus:

Zutreffendes bitte ankreuzen

gesetzl. KK

Gesetzl. KK mit
Zusatzversicherung

Private KV

mit Chefarzt

ohne Chefarzt

Einbett

Zweibett

Wahlleistung noch nicht unterschrieben

Wahlleistung unterschrieben

Nachsorge/Beleghebamme: _____

Stillen:

JA

NEIN

Familienstand:

Alter:

Größe:

Gewicht:

Religion:

ET (Entbindungstermin):

Blutgruppe:

Rhesusfaktor (falls bekannt):

**Partner: Name/ Geb.-Datum/
Beruf/ Größe:**



Zutreffendes bitte ankreuzen:

Familienanamnese der Patientin:

(sind bei nächsten Verwandten, z.B. Eltern, Großeltern oder Geschwistern, Grund- oder Erbkrankheiten bekannt)

- Bluthochdruck
- Krebserkrankungen welche? _____
- Diabetes
- Fehlbildungen
- psychische Erkrankungen ggf. welche? _____
- Sonstiges

Eigenanamnese der Patientin:

(liegt bei Ihnen Nebenstehendes vor?)

- Grunderkrankung Herz, Lunge, Leber, Niere _____
- Bluthochdruck
- Schilddrüse
- Gynäkologische Vorerkrankungen (z.B. Infektionen, Myom, Endometriose):
- Hüftdysplasie
- Nikotin
- Drogen
- Alkohol
- Asthma
- Varizen
- Thrombose
- Embolie
- Epilepsie
- Depression
- Missbrauch
- Sonstiges _____

Operationen:

**Medikamente/
Nahrungsergänzungsmittel:**

Allergien:



Besondere Untersuchungen in der aktuellen Schwangerschaft:

Nackenfaltenmessung	<input type="checkbox"/>	Gab es Auffälligkeiten?	JA	NEIN
Organscreening	<input type="checkbox"/>	Gab es Auffälligkeiten?	JA	NEIN
Fruchtwasseruntersuchung	<input type="checkbox"/>	Gab es Auffälligkeiten?	JA	NEIN

Besonderheiten in der aktuellen Schwangerschaft:

Diabetes	<input type="checkbox"/>
Blutungen	<input type="checkbox"/>
vorzeitige Wehen	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten bei vorigen Schwangerschaften:

Fehlgeburten	<input type="checkbox"/>
Eileiterschwangerschaft	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaftsabbruch	<input type="checkbox"/>

Bei Geburten voriger Kinder kam es zu:

Komplikationen bei Spontangeburt	<input type="checkbox"/>
Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>
Einsatz der Saugglocke	<input type="checkbox"/>
hohem Blutverlust	<input type="checkbox"/>
Geburtsverletzungen	<input type="checkbox"/>
Traumatischen Erlebnissen	<input type="checkbox"/>



Vorausgegangene Geburten

Jahr	SSW	Geburtsmodus <i>spontan/ Kaiserschnitt</i>	Besonderheiten	Geschlecht	Gewicht
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Bitte zur Geburt unbedingt mitbringen:

Mutterpass, Versicherungskarte, bei ausländischer Herkunft die Geburtsurkunde