

## Anmeldung zur Geburt

### Persönliche Daten

Name:

Vorname:

Ggf. Geburtsname:

Geburtsdatum:

Straße &amp; Hausnummer:

PLZ &amp; Wohnort:

Telefon:

Beruf\*:

Familienstand\*:

Nationalität / Sprachen:

### Bezugsperson für die Geburt\*

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon:

Beruf:

### Mit- und weiterbetreuende ÄrztInnen & Hebammen

GynäkologIn:

Betreuende Hebamme:

KinderärztIn:

Bei eingeschränkten Deutschkenntnissen: Wer kann ggf. übersetzen?\*

Name &amp; Telefonnummer:

### Krankenversicherung & Wahlleistungen

Krankenkasse:

Ggf. Zusatzversicherung:

Versicherungsnummer:

Versicherungsnummer:

Gewünschte (kostenpflichtige) Wahlleistungen, sofern verfügbar:

 1 Bett Zimmer Familienzimmer Arztwahl

## Anamnese

### Angaben aus dem Mutterpass

Berechneter Entbindungstermin: \_\_\_\_\_ Ggf. korrigierter Termin: \_\_\_\_\_

Letzte Periode: \_\_\_\_\_ Zykluslänge & Blutungsdauer: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht vor der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_

*Dieses Feld wird von der Hebamme in der Klinik ausgefüllt*

Gravida: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Ggf. Anti-D Prophylaxe: \_\_\_\_\_

Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors: \_\_\_\_\_ GBS: \_\_\_\_\_

Antikörpersuchtest: \_\_\_\_\_ Rötelschutz: \_\_\_\_\_ Chlamydien: \_\_\_\_\_

HBsAG: \_\_\_\_\_ HIV: \_\_\_\_\_ LSR: \_\_\_\_\_

CMV: \_\_\_\_\_ Hepatitis C: \_\_\_\_\_ Toxoplasmose: \_\_\_\_\_

OGTT: 50g unauffällig auffällig 75g unauffällig auffällig

Sonstige serologische Befunde: \_\_\_\_\_

**Unterschrift Hebamme:** \_\_\_\_\_

2

### Frühere Schwangerschaften & Geburten

Geburten:

Jahr	SSW	Entbindungsart & Verlauf	♀ (w) / ♂ (m)	Gewicht	Besonderheiten & Geburtsverletzungen	Ort

Hatten Sie bereits Fehlgeburten, Abbrüche & Eileiterschwangerschaften?

Jahr	SSW	Art & Verlauf	Nachkürrettage (Ausschabung)?

*Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (bei Besonderheiten) möglichst ausführlich.*

Sind bei Ihnen Allgemeinerkrankungen bekannt? (Herz, Lunge, Niere, Leber, Schilddrüse, Diabetes, Blutdruck, Gerinnungsstörung, etc.)

Sind bei Ihnen psychische Erkrankungen, Traumata oder besondere seelische Belastungen bekannt? Nehmen Sie deshalb momentan eine Behandlung in Anspruch?

Sind bei Ihnen gynäkologische Vorerkrankungen bekannt?

Sind bei dem Vater des Kindes oder in Ihrer oder seiner Familie (Eltern / Großeltern / Geschwister) schwerwiegende / erbliche Krankheiten bekannt? (Auch Schwerhörigkeit von Geburt an, Kinder mit Hüftproblemen)

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Wurden Sie schon einmal operiert?

Nehmen Sie Medikamente ein? Nennen Sie uns bitte Präparat und Dosierung.

Gibt es sonstige Besonderheiten, von denen wir wissen sollten?

Sind Sie gegen Covid-19 (vollständig) geimpft oder genesen?

Fragen zur Blutgerinnung:

1. Treten bei Ihnen vermehrt blaue Flecken auf ohne, dass Sie sich gestoßen haben oder kleine Blutungen, wie z.B. Nasen- oder Zahnfleischbluten?  Ja  Nein
2. Bluten Schnitt- oder Schürfwunden bei Ihnen länger nach?  Ja  Nein
3. Traten bei Ihnen während oder nach einer Zahnentfernung längere oder verstärkte Nachblutungen auf?  Ja  Nein
4. Traten bei Ihnen während oder nach Operationen längere oder verstärkte Nachblutungen auf?  Ja  Nein
5. Gab oder gibt es bei Ihnen in der Familie Fälle von Blutungsneigung?  Ja  Nein
6. Haben Sie den Eindruck, dass ihre Periode vor der Schwangerschaft verlängert (> 7 Tage) oder verstärkt war?  Ja  Nein
7. Haben Sie in letzter Zeit Schmerz-, Rheuma- oder fiebersenkende Medikamente eingenommen? Wenn ja, welches Medikament und wie lange?  Ja  Nein

**Verlauf der jetzigen Schwangerschaft**

Wurde bei Ihnen eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt?

Gab es im Verlauf der Schwangerschaft Besonderheiten? (Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, vorzeitige Wehen, etc.)

Waren Sie im Verlauf der Schwangerschaft stationär im Krankenhaus? Wenn ja, wieso, wie lange und in welcher Klinik?

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken, geraucht oder sonstige Drogen konsumiert? Wenn ja, wann, was und wie viel?

Waren Sie bei uns in der (ärztlichen) Geburtsplanung?

Influenza (Grippe) Impfung in der Schwangerschaft?

Ja  Nein

Pertussis (Keuchhusten) Impfung in der Schwangerschaft?

Ja  Nein

**Wünsche & Vorstellungen für Geburt & Wochenbett\***

Uns ist es sehr wichtig Sie bei der individuellen und selbstbestimmten Geburt ihres Kindes bestmöglich zu begleiten. Bitte teilen Sie uns deshalb hier ihre Wünsche und Vorstellungen mit.

Planen Sie eine ambulante Geburt?

Möchten Sie ihr Kind gerne stillen?

Haben Sie bereits Still Erfahrungen? Wenn ja, wie lange haben Sie gestillt? Gab es Besonderheiten?