

Geburtsanmeldung

Basisdaten:

| | | | | | |
|---|--|--|--|--------------------------------------|--|
| Telefonnummer: | Wünsche/Zusatzversicherung | | | Kontaktperson/ Begleitung zur Geburt | |
| Größe: | <input type="radio"/> Familienzimmer <input type="radio"/> 1-Bett <input type="radio"/> 2-Bett <input type="radio"/> Chefarztbehandlung | | | Name: Telefonnummer: | |
| Gewicht vor der Schwangerschaft: | | | | Hebamme: | |
| Aktuelles Gewicht: | | | | Frauenärztin/Frauenarzt: | |
| <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> in fester Partnerschaft <input type="radio"/> alleinstehend <input type="radio"/> geschieden | | | | | |

Ihre Schwangerschaft

| | Nein | Ja | | Nein | Ja |
|---|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| War ihr Zuckertest auffällig? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Impfung gegen Keuchhusten erhalten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie erhöhten Blutdruck? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Impfung gegen RSV erhalten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Möchten Sie Ihr Kind stillen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Impfung gegen Grippe erhalten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rauchen Sie oder konsumieren Drogen? Was und wieviel am Tag? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls „Ja“: Welche? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Vorherige Schwangerschaften und Geburten

| | Nein | Ja | | Nein | Ja |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| Haben Sie schon Kinder geboren? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fehlgeburten oder Totgeburten ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schwangerschaftsabbruch? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Falls „Ja“: Welcher Schwangerschaftswoche? | | |
| Eileiter-Schwangerschaft ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |

Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihren Geburten

| Jahr | Krankenhaus | SSW | Art der Entbindung | Geburts-Gewicht | Dammriss oder Dammschnitt | Komplikationen (z.B. Blutungen) | gestillt |
|------|-------------|-----|---|-----------------|--|--|--|
| | | | <input type="radio"/> Spontan <input type="radio"/> Saugglocke <input type="radio"/> Zange <input type="radio"/> Kaiserschnitt | | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| | | | <input type="radio"/> Spontan <input type="radio"/> Saugglocke <input type="radio"/> Zange <input type="radio"/> Kaiserschnitt | | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| | | | <input type="radio"/> Spontan <input type="radio"/> Saugglocke <input type="radio"/> Zange <input type="radio"/> Kaiserschnitt | | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| | | | <input type="radio"/> Spontan <input type="radio"/> Saugglocke <input type="radio"/> Zange <input type="radio"/> Kaiserschnitt | | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |

Für weitere Geburten lassen Sie sich bitte ein Extrablatt geben ☺

| | | |
|--|----------------------------|--------------------------|
| Gibt es bei einem Kind Besonderheiten? | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |
|--|----------------------------|--------------------------|

Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Vorerkrankungen unabhängig von der Schwangerschaft):

| | Nein | Ja | | | Nein | Ja |
|---|-----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------|------------------------------------|
| Allergien / Medikamentenunverträglichkeit | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> * | Blutungsneigung | | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> * |
| Hüftdysplasie | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Thromboseneigung | | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> * |
| Diabetes mellitus | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Anämie (Blutarmut) | | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Migräne | | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| Herzerkrankung | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> * | Epilepsie | | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| Nierenerkrankung | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> * | Depression | | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| Lungenerkrankung / Asthma | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> * | Psychische Erkrankungen | | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> * |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> * | Chronische Infektionserkrankung | | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> * |
| Lebererkrankung (Hepatitis) | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> * | Krebskrankungen (z.B. Brustkrebs) | | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> * |

***Details**

| |
|---|
| Wogegen sind Sie allergisch? |
| Um welche Erkrankungen handelt es sich? |
| Hatten Sie bereits eine Thrombose? |
| Wurden Sie auf Gerinnungsstörungen untersucht? |
| Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten? |

| | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|---|
| Sind Sie in dauerhafter ärztlicher o. therapeutischer Behandlung? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | bei: |
| Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse oder haben Sie jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | Möchten Sie mit uns darüber sprechen? <input type="radio"/> Nein <input checked="" type="radio"/> Ja |

Operationen

| | Nein | Ja | | Nein | Ja |
|---|-----------------------|----------------------------------|--|-----------------------|----------------------------------|
| Blinddarm | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Ausschabung (z.B. nach einer Fehlgeburt) | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| Bauchspiegelung | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Konisation am Gebärmutterhals | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate) | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Bauch (z.B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm) | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| Andere Operationen | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | welche? | | |
| Probleme bei Narkosen | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | welche? | | |

Familienanamnese

| | Nein | Ja | Welche und bei Wem? |
|---|-----------------------|----------------------------------|---------------------|
| Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Depression, Hüftdysplasie) | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | |