

Geburtsanmeldung

Basisdaten:

Telefonnummer:	Wünsche/Zusatzversicherung	Kontaktperson/ Begleitung zur Geburt
Größe:	<input type="radio"/> Familienzimmer	Name:
Gewicht vor der Schwangerschaft:	<input type="radio"/> 1-Bett	Telefonnummer:
Aktuelles Gewicht:	<input type="radio"/> 2-Bett	Hebamme:
<input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> in fester Partnerschaft	<input type="radio"/> Chefarztbehandlung	Frauenärztin/Frauenarzt:
<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 type="radio"/> *	Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *
Hüftdysplasie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Thromboseneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anämie (Blutarmut)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankung / Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *	Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *	Chronische Infektionserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *
Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *	Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs)	<input type="radio"/>	<input 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 type="radio"/> Ja

Operationen

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