			_	
Pati	ont	ons	uifb	leber

Rheinland Klinikum
Neuss Lukaskrankenhaus

## Geburtsanmeldung

## **Basisdaten:**

Telefon											
	:										
Größe: Gewicht vor der Schwangerschaft: Aktuelles Gewicht:			(	Zimmerwunsch  Familienzimmer			Name:				
○ verheiratet       ○ in fester Partnerschaft         ○ alleinstehend       ○ geschieden				1-Bett 2-Bett			Hebamme: Frauenärztin/Frauenarzt:				
hre Sch	nwangerscha	ft		ii							
				ı	Nein	Ja				Nein	Ja
War ihr	Zuckertest auff	ällig?		(	0	0	Impfun	g gegen Keuchhust	en erhalten?	0	0
Haben S	Sie erhöhten Blu	ıtdruck?		(	0	0	Impfun	g gegen RSV erhalt	en?	0	0
Möchte	n Sie Ihr Kind st	illen?		(	0	0	Impfun	g gegen Grippe erh	alten?	0	0
Rauchen Sie oder konsumieren Drogen? Was und wieviel am Tag?			(	0	0		n Sie regelmäßig M a": Welche?	edikamente ein?	0	0	
orheri/	ge Schwange	erschaften	ี und Gebเ	urten			<u>I</u>				1
				Nein	Ja					Nein	Ja
Haben S	Sie schon Kindei	geboren?		0	0	Feh	lgeburter	oder Totgeburten	?	0	0
Schwan	gerschaftsabbri	ıch?					//				.4
				0	$\circ$	Fall	ls "Ja": We	elcher Schwangersc	haftswoche?		
Eileiter-	-Schwangerscha			0	0	Fall	ls "Ja": We	elcher Schwangersc	haftswoche?		
	Schwangerscha	ft?	onen zu Ih	0	0		IS "Ja": We	elcher Schwangersc	haftswoche?		
		ft?	onen zu Ih Art der Er	ren Gel	burte	en Gel	burts- wicht	Dammriss oder	haftswoche?  Komplikationen (z.B. Blutungen)	gestillt	
itte ge	eben Sie uns I	ft?	Art der Er	ren Gel	burte	en Gel	burts-	Dammriss oder Dammschnitt Nein	Komplikationen (z.B. Blutungen)  Nein	○ Nein	
Bitte ge	eben Sie uns I	ft?	Art der Ei	ren Gel ntbindun an locke	burte	en Gel	burts-	Dammriss oder Dammschnitt	Komplikationen (z.B. Blutungen)		
Bitte ge	eben Sie uns I	ft?	Art der Er Sponta Sauggl Zange Kaisers Sponta Sauggl Zange	ren Gel ntbindun an locke schnitt an locke	burte	en Gel	burts-	Dammriss oder Dammschnitt Nein	Komplikationen (z.B. Blutungen)  Nein	○ Nein	
Bitte ge	eben Sie uns I	ft?	Art der Er Sponta Sauggl Zange Kaisers Sponta Sauggl Zange	ren Gel ntbindun an locke schnitt an locke schnitt an locke	burte	en Gel	burts-	Dammriss oder Dammschnitt  Nein Ja  Nein	Komplikationen (z.B. Blutungen) Nein Ja Nein	O Nein  Ja  Nein	
Jahr	Krankenhau	nformations SSW	Art der Er Sponta Sauggl Zange Kaisers Sponta Sauggl Zange Kaisers Sponta Sauggl Zange Kaisers Sponta Sauggl Zange Kaisers Kaisers	ren Gel ntbindun an locke schnitt an locke schnitt an locke schnitt an locke	burte	en Gel	burts-	Dammriss oder Dammschnitt  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja	Komplikationen (z.B. Blutungen) Nein Ja Nein Ja Nein	Nein Ja Nein Ja Nein	
Jahr	eben Sie uns I	nformations SSW	Art der Er Sponta Sauggl Zange Kaisers Sponta Sauggl Zange Kaisers Sponta Sauggl Zange Kaisers Sponta Sauggl Zange Kaisers Kaisers	ren Gel ntbindun an locke schnitt an locke schnitt an locke schnitt an locke	burte	en Gel	burts-	Dammriss oder Dammschnitt  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja	Komplikationen (z.B. Blutungen) Nein Ja Nein Ja Nein Ja	Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja	



## Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Vorerkrankungen unabhängig von der Schwangerschaft):

		Neir	ı Ja		Nein	Ja
Allergien / Medikamentenunverträglichkeit		0	<b>O</b> *	Blutungsneigung	0	<u></u>
Hüftdysplasie		0	0	Thromboseneigung	0	<b>O</b> *
Diabetes mellitus		0	0	Anämie (Blutarmut)	0	0
Bluthochdruck		0	0	Migräne	0	0
Herzerkrankung		0	<b>O*</b>	Epilepsie	0	0
Nierenerkrankung		0	<b>O*</b>	Depression	0	0
Lungenerkrankung / Asthma		0	<b>O*</b>	Psychische Erkrankungen	0	<u></u> ,
Schilddrüsenerkrankung		0	<b>O*</b>	Chronische Infektionserkrankung	0	(*
Lebererkrankung (Hepatitis)		0	<b>O*</b>	Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs)	0	*
Details		i	i			<u></u>
Wogegen sind Sie allergisch?						
Um welche Erkrankungen handelt es sich?						
Hatten Sie bereits eine Thrombose?						
Wurden Sie auf Gerinnungsstörungen untersuch	t?					
Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten?						
Sind Sie in dauerhafter ärztlicher o. therapeutisc	her		O Nei	n 🔾 Ja		
Behandlung?						
				bei:		
Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse o	der hab	oen Sie	○ Nei			
Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse o jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt		oen Sie	○ Nei			
		oen Sie	○ Nei	n		
jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt		pen Sie	○ Nei	n		
jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt	?		○ Nei	n	Noin	
jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt Pperationen	? Nein	Ja		n	Nein	Ja
jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt Operationen Blinddarm	? Nein	Ja 💮	Ausschak	Möchten Sie mit uns darüber sprechen?  Nein  Ja  Dung (z.B. nach einer Fehlgeburt)	0	0
jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt  Operationen  Blinddarm  Bauchspiegelung	Nein	Ja O	Ausschak	Möchten Sie mit uns darüber sprechen? Nein Ja  Dung (z.B. nach einer Fehlgeburt)  On am Gebärmutterhals	0	0
jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt  Operationen  Blinddarm  Bauchspiegelung  Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)	Nein	Ja O	Ausschak Konisatio Bauch (z	Möchten Sie mit uns darüber sprechen?  Nein  Ja  Dung (z.B. nach einer Fehlgeburt)	0	0
jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt  Derationen  Blinddarm  Bauchspiegelung  Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)  Andere Operationen	Nein  O	Ja O	Ausschak Konisatio Bauch (z welche?	Möchten Sie mit uns darüber sprechen? Nein Ja  Dung (z.B. nach einer Fehlgeburt)  On am Gebärmutterhals	0	0
jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt  Operationen  Blinddarm  Bauchspiegelung  Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)  Andere Operationen  Probleme bei Narkosen	Nein	Ja O	Ausschak Konisatio Bauch (z	Möchten Sie mit uns darüber sprechen? Nein Ja  Dung (z.B. nach einer Fehlgeburt)  On am Gebärmutterhals	0	0
jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt  Operationen  Blinddarm  Bauchspiegelung  Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)  Andere Operationen  Probleme bei Narkosen	Nein	Ja O O	Ausschat Konisatio Bauch (z welche?	Möchten Sie mit uns darüber sprechen? Nein Ja  Dung (z.B. nach einer Fehlgeburt)  On am Gebärmutterhals  B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm)	0	0
jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt  Derationen  Blinddarm  Bauchspiegelung  Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)  Andere Operationen  Probleme bei Narkosen  amilienanamnese	Nein O O N	Ja O O O O O O O O O O O O O O O O O O O	Ausschak Konisatic Bauch (z welche? welche?	Möchten Sie mit uns darüber sprechen? Nein Ja  Dung (z.B. nach einer Fehlgeburt)  On am Gebärmutterhals	0	0
jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt  Derationen  Blinddarm  Bauchspiegelung  Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)  Andere Operationen  Probleme bei Narkosen  amilienanamnese	Nein O O N	Ja O O	Ausschak Konisatic Bauch (z welche? welche?	Möchten Sie mit uns darüber sprechen? Nein Ja  Dung (z.B. nach einer Fehlgeburt)  On am Gebärmutterhals  B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm)	0	0
Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse of jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt Derationen  Blinddarm  Bauchspiegelung  Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)  Andere Operationen  Probleme bei Narkosen  amilienanamnese  Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie?  (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Depression,	Nein O O N	Ja O O O O O O O O O O O O O O O O O O O	Ausschak Konisatic Bauch (z welche? welche?	Möchten Sie mit uns darüber sprechen? Nein Ja  Dung (z.B. nach einer Fehlgeburt)  On am Gebärmutterhals  B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm)	0	(