

Geburtsanmeldung

Basisdaten:

Kontaktperson:			
Telefon:			
Größe: Gewicht vor der Schwangerschaft: Aktuelles Gewicht:	Zimmerwunsch ☐ Familienzimmer ☐ 1-Bett ☐ 2-Bett	Name:	
☐ verheiratet ☐ in fester Partnerschaft ☐ alleinstehend ☐ geschieden		Hebamme:	
		Frauenärztin/Frauenarzt:	

Ihre Schwangerschaft

	Nein	Ja		Nein	Ja
War ihr Zuckertest auffällig?	☐	☐	Impfung gegen Keuchhusten erhalten?	☐	☐
Haben Sie erhöhten Blutdruck?	☐	☐	Impfung gegen RSV erhalten?	☐	☐
Möchten Sie Ihr Kind stillen?	☐	☐	Impfung gegen Grippe erhalten?	☐	☐
Rauchen Sie oder konsumieren Drogen? Was und wieviel am Tag?	☐	☐	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls „Ja“: Welche?	☐	☐

Vorherige Schwangerschaften und Geburten

	Nein	Ja		Nein	Ja
Haben Sie schon Kinder geboren?	☐	☐	Fehlgeburten oder Totgeburten ?	☐	☐
Schwangerschaftsabbruch?	☐	☐	Falls „Ja“: Welcher Schwangerschaftswoche?		
Eileiter-Schwangerschaft ?	☐	☐			

Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihren Geburten

Jahr	Krankenhaus	SSW	Art der Entbindung	Geburts-Gewicht	Dammriss oder Dammschnitt	Komplikationen (z.B. Blutungen)	gestillt
			☐ Spontan ☐ Saugglocke ☐ Zange ☐ Kaiserschnitt		☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja
			☐ Spontan ☐ Saugglocke ☐ Zange ☐ Kaiserschnitt		☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja
			☐ Spontan ☐ Saugglocke ☐ Zange ☐ Kaiserschnitt		☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja
			☐ Spontan ☐ Saugglocke ☐ Zange ☐ Kaiserschnitt		☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja

Für weitere Geburten lassen Sie sich bitte ein Extrablatt geben 😊

Gibt es bei einem Kind Besonderheiten?	Nein ☐	Ja ☐
--	----------------------------	--------------------------

Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Vorerkrankungen unabhängig von der Schwangerschaft):

	Nein	Ja		Nein	Ja
Allergien / Medikamentenunverträglichkeit	☐	☐ *	Blutungsneigung	☐	☐ *
Hüftdysplasie	☐	☐	Thromboseneigung	☐	☐ *
Diabetes mellitus	☐	☐	Anämie (Blutarmut)	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐	Migräne	☐	☐
Herzerkrankung	☐	☐ *	Epilepsie	☐	☐
Nierenerkrankung	☐	☐ *	Depression	☐	☐
Lungenerkrankung / Asthma	☐	☐ *	Psychische Erkrankungen	☐	☐ *
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐ *	Chronische Infektionserkrankung	☐	☐ *
Lebererkrankung (Hepatitis)	☐	☐ *	Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs)	☐	☐ *

***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?	☐ Nein	☐ Ja bei:
Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse oder haben Sie jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt?	☐ Nein	☐ Ja Möchten Sie mit uns darüber sprechen? ☐ Nein ☐ Ja

Operationen

	Nein	Ja		Nein	Ja
Blinddarm	☐	☐	Ausschabung (z.B. nach einer Fehlgeburt)	☐	☐
Bauchspiegelung	☐	☐	Konisation am Gebärmutterhals	☐	☐
Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)	☐	☐	Bauch (z.B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm)	☐	☐
Andere Operationen	☐	☐	welche?		
Probleme bei Narkosen	☐	☐	welche?		

Familienanamnese

	Nein	Ja	Welche und bei Wem?
Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Depression, Hüftdysplasie)	☐	☐	