

Registration for childbirth: Geburtsanmeldung

Basic information:

Basisdaten:

Phone number: Telefonnummer:	Special room requests/additional private insurance	Emergency contact/ accompanying person in delivery room
Height: Größe: Weight before pregnancy: Gewicht vor der Schwangerschaft: Current weight: Aktuelles Gewicht:	Wünsche kostenpflichtig /private Zusatzversicherung vorhanden	Kontaktperson/ Begleitung zur Geburt Name: Name: Phone number: Telefonnummer:
<input type="radio"/> married verheiratet	<input type="radio"/> Family room Familienzimmer	Midwife Hebamme:
<input type="radio"/> stable Partnership in fester Partnerschaft	<input type="radio"/> 1-bed room 1-Bett	Gynaecologist: Frauenärztin/Frauenarzt:
<input type="radio"/> single alleinstehend	<input type="radio"/> 2- bed room 2-Bett	
<input type="radio"/> divorced geschieden	<input type="radio"/> Treatment through chief physician Chefarztbehandlung	

Your pregnancy

Ihre Schwangerschaft

	No Nein	Yes Ja		No Nein	Yes Ja
Was the test for gestational diabetes positive? War ihr Zuckertest auffällig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Are you vaccinated against Pertussis? Impfung gegen Keuchhusten erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Do you have high blood pressure? Haben Sie erhöhten Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Are you vaccinated against Rhinovirus? Impfung gegen RSV erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Do you intend to breastfeed your baby? Möchten Sie Ihr Kind stillen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Are you vaccinated against Influenza? Impfung gegen Grippe erhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Do you smoke or take any drugs? If yes, how many cigarettes do you smoke a day? Rauchen Sie oder konsumieren Drogen? Was und wieviel am Tag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Do you take any medications regularly? If so, please list them: Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls „Ja“: Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Previous pregnancies and deliveries

Vorherige Schwangerschaften und Geburten

	No Nein	Yes Ja		No Nein	Yes Ja
Have you delivered any babies? Haben Sie schon Kinder geboren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Have you have had a miscarriage or stillbirth? Fehlgeburten oder Totgeburten ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Have you ever had a medical abortion? Schwangerschaftsabbruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	If so, please state the gestational week: Falls „Ja“: Welcher Schwangerschaftswoche?
Have you ever had an ectopic pregnancy? Eileiter-Schwangerschaft ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Information about previous deliveries

Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihren Geburten

Year Jahr	Hospital Krankenhaus	Gestat ional week SSW	Mode of delivery Art der Entbindung	Birthweight Geburts- Gewicht	Vaginal tears or incisions Dammriss oder Dammschnitt	Complications (e.g bleeding etc.) Komplikationen (z.B. Blutungen)	Was the baby breastfed? gestillt
			<input type="radio"/> Natural Spontan <input type="radio"/> Vaccumextraction Saugglocke <input type="radio"/> Forceps Zange <input type="radio"/> C-section Kaiserschnitt		<input type="radio"/> No Nein <input type="radio"/> Yes Ja	<input type="radio"/> No Nein <input type="radio"/> Yes Ja	<input type="radio"/> No Nein <input type="radio"/> Yes Ja
			<input type="radio"/> Natural Spontan <input type="radio"/> Vaccumextraction Saugglocke <input type="radio"/> Forceps Zange <input type="radio"/> C-section Kaiserschnitt		<input type="radio"/> No Nein <input type="radio"/> Yes Ja	<input type="radio"/> No Nein <input type="radio"/> Yes Ja	<input type="radio"/> No Nein <input type="radio"/> Yes Ja
			<input type="radio"/> Natural Spontan <input type="radio"/> Vaccumextraction Saugglocke <input type="radio"/> Forceps Zange <input type="radio"/> C-section Kaiserschnitt		<input type="radio"/> No Nein <input type="radio"/> Yes Ja	<input type="radio"/> No Nein <input type="radio"/> Yes Ja	<input type="radio"/> No Nein <input type="radio"/> Yes Ja
			<input type="radio"/> Natural Spontan <input type="radio"/> Vaccumextraction Saugglocke <input type="radio"/> Forceps Zange <input type="radio"/> C-section Kaiserschnitt		<input type="radio"/> No Nein <input type="radio"/> Yes Ja	<input type="radio"/> No Nein <input type="radio"/> Yes Ja	<input type="radio"/> No Nein <input type="radio"/> Yes Ja

For further deliveries, please request another form

Für weitere Geburten lassen Sie sich bitte ein Extrablatt geben ©

Do any of your children show any peculiarities? Gibt es bei einem Kind Besonderheiten? If so, please list them: Welche?	<input type="radio"/> No Nein	<input type="radio"/> Yes Ja
---	----------------------------------	---------------------------------

Your own patient history

Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Vorerkrankungen unabhängig von der Schwangerschaft):

	No Nein	Yes Ja		No Nein	Yes Ja
Allergies / Medications that are not tolerated Allergien / Medikamentenunverträglichkeit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	Tendency for increased bleeding Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *
Hip dysplasia Hüftdysplasie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Thrombophilia Thromboseneigung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *
Diabetes Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anemia Anämie (Blutarmut)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
High blood pressure Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	History of migraines? Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heart disease Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	History of Epilepsy? Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kidney disease Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	History of depression? Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma or lunge diseases Lungenerkrankung / Asthma	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	History of psychological diseases? Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *
Thyroid disease Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	History of chronic infectious diseases? Chronische Infektionserkrankung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *
Liver disease / Hepatitis Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *	History of cancer? (e.g Breast cancer etc.) Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> *

Details

*Details

Please list your allergies: Wogegen sind Sie allergisch?	
Please specify the diseases Um welche Erkrankungen handelt es sich?	
Have you ever had a thrombosis? Hatten Sie bereits eine Thrombose?	
Have you ever been tested for clotting disorders? Wurden Sie auf Gerinnungsstörungen untersucht?	
Have you ever received a blood transfusion? Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten?	

Are you being regularly treated by a doctor? Sind Sie in dauerhafter ärztlicher o. therapeutischer Behandlung?	<input type="radio"/> No Nein	<input checked="" type="radio"/> Yes Ja
		If yes, please state the reason: bei:
	<input type="radio"/> No Nein	<input checked="" type="radio"/> Yes Ja

<p>Have you ever experienced a traumatic experience or any physical abuse?</p> <p>Gab es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse oder haben Sie jemals in Ihrem Leben körperliche Gewalt erlebt?</p>		<p>Would you like to talk to us about it? Möchten Sie mit uns darüber sprechen?</p> <p><input type="radio"/> No Nein <input type="radio"/> Yes Ja</p>
---	--	--

Past surgeries:

Operationen

	X Nein	X Ja		X Nein	X Ja
Appendektomy Blinddarm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Curettage / Womb scraping (e.g after a miscarriage tc.) Ausschabung (z.B. nach einer Fehlgeburt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laparoskopie/minimal invasive surgery Bauchspiegelung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cervical Conisation Konisation am Gebärmutterhals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Breast surgery (e.g Cancer, Breast reudktion or inhancement) Brust (z.B. Krebs, Verkleinerung o. Implantate)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abdominal surgery (e.g Plastic surgery, stomach or surgery of gastrointestinal tract) Bauch (z.B. Bauchdeckenstraffung, Magen oder Darm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Other surgeries Andere Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	If so, please list the surgeries: welche?		
Complications from Anesthesia Probleme bei Narkosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	If so, please list the complications: welche?		

Family history:

Familienanamnese

	No Nein	Yes Ja	Please list the diseases and the affected family member: Welche und bei Wem?
Are there any diseases in the famyily? Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? (for example, Diabetes, high blood pressure, clotting disorders, genetic diseases, congenital deformities, Depression, Hip dysplasia) (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Depression, Hüftdysplasie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	