

### Erklärung zur Anmeldung zur Geburt

Name: \_\_\_\_\_  
(Bitte Vor- und Familienname)

Familienzimmer: Möchten Sie nach der Geburt im Familienzimmer sein?

Ja    Nein (bitte ankreuzen)

(Der Partner/ die Partnerin bucht während ihres gesamten Aufenthaltes das FZ mit.  
Kosten: 59,00 Euro / Tag)

Grav.: \_\_\_\_\_  
(Die Anzahl der Schwangerschaften mit der aktuellen Schwangerschaft)

Para: \_\_\_\_\_  
(Die Anzahl der dieser Schwangerschaft vorausgegangenen Geburten)

Familienanamnese: \_\_\_\_\_  
(Gehäufte Vorkommnisse in Ihrer Familie oder in der des Kindsvaters, z.B. gehäuft Diabetes, hoher Blutdruck)

Frühere eigene Erkrankungen: \_\_\_\_\_  
(Krankenhausaufenthalte in der Vergangenheit, Migräne, Diabetes, MS, Gerinnungsstörungen)

OP: Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen? Haben sie die Narkosen gut vertragen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburten:

(Fakten der vorausgegangenen Geburten. Datum, Schwangerschaftswoche, Spontan, Kaiserschnitt, Dammschnitt, Gewicht des Kindes (s. Aufkleber im alten Mutterpass)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Errechneter Entbindungstermin: \_\_\_\_\_

Korrigierter Entbindungstermin: \_\_\_\_\_  
(z.B. vom Arzt nach Ultraschall korrigiert)

HBs-AG: Hepatitis B Testergebnis \_\_\_\_\_

HIV: \_\_\_\_\_  
(Nur, ob die Untersuchung durchgeführt wurde, e.h. erhoben oder n.e. nicht erhoben)

TPHA (Erreger der Syphilis): e.h. oder n.e. (bitte ankreuzen)

Röteln-Titer: geimpft? Immunschutz?

---

---

Stillaufklärung: \_\_\_\_\_  
(Möchten Sie stillen? Gab es bereits in der Vergangenheit Stillperioden? Hatten Sie Probleme?)

---

---

Bitte füllen Sie die Unterlagen aus und bringen Sie diese Unterlagen zu ihrer Geburt mit.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr Team der Geburtshilfe

Name: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung:  ja  nein  
 Geb.-Name: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Walleistung:  ja  nein  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse Kind: \_\_\_\_\_ freie Arztwahl:  ja  nein  
 Familienstand: \_\_\_\_\_ Name des Kindes: \_\_\_\_\_  
 Zimmerwahl:  1 Bett  2 Bett  nein  
 Beruf: \_\_\_\_\_ Familienzimmer:  ja  nein

076

Ehemann - Partner - Eltern - Angehörige - zu erreichen:

Name	Adresse	Telefon
------	---------	---------

	Hebamme:			Frauenarzt:		
	1. Aufnahme	2. Aufnahme	Entbindung	1. Entlassung der Mutter	2. Entlassung der Mutter	Entlassung des Kindes
Tag:						
Uhrzeit:						
Diagnose: _____						Grav: - para: _____
Therapie: _____						

\*B10075B\*



**Vorgeschichte**

F. A.:	Allergien:
Frühere Erkrankungen:	Transfusionen:
OP:	Fehlgeburten:
Frühere Schwangerschaften:	
Geburten:	

Menses:    /    1. Tag der letzten Regel:    ET     Korrigiert T

OGTT: \_\_\_\_\_ path.:  ja  nein    Diät   
nü                      1h                      2h    Insulinpflichtig

Blutgruppe:	Antikörper:	HBs-AG:	B-Streptokokken (GBS):
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>



Name der Patientin: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen, welcher der folgenden Sachverhalte zutrifft:

<input type="checkbox"/>	Alter > 35J
<input type="checkbox"/>	Rauchen in der Schwangerschaft (>10 Zigaretten/Tag)
<input type="checkbox"/>	Künstliche Befruchtung
<input type="checkbox"/>	Mehrlingsschwangerschaft
<input type="checkbox"/>	Totgeburt in der Vorgeschichte
<input type="checkbox"/>	Blutgerinnsel/Thrombose in der Vorgeschichte
<input type="checkbox"/>	BMI (Body Mass Index) >30
<input type="checkbox"/>	Diabetes/Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/>	Ausgeprägte Krampfadern
<input type="checkbox"/>	Frühgeburt vor der abgeschlossenen 36. SSW
<input type="checkbox"/>	Mehr als 3 Geburten
<input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme >21kg in der Schwangerschaft
<input type="checkbox"/>	Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa
<input type="checkbox"/>	Präeklampsie („Schwangerschaftsvergiftung“) in der Vorgeschichte

Ab mind. 2 Risikofaktoren erfolgt eine medikamentöse Thromboseprophylaxe nach Spontanpartus!!

Datum: \_\_\_\_\_

Hebamme / Arzt: \_\_\_\_\_