

Bitte gut lesbar ausfüllen und auch die Rückseite beachten, danke!

Schwangere

Graue Felder werden von der Klinik ausgefüllt!

Name _____	Geburtsname _____
Vorname _____	Telefon / Mobilnummer _____
Geburtsdatum _____ Alter _____	Familienstand _____ Religion _____
Geburtsort _____	Beruf _____
Adresse _____	Zukünftiger Familienname des Kindes
_____	_____

Schwangerschaft
Gravida _____ **Para** _____

Blutgruppe _____ Rh-Faktor _____	Antikörper _____
1. Tag der LP _____	Anti-D-Gabe _____
ET _____	Korrigierter ET _____
Zykluslänge _____	Konzeptionsdatum _____
Lungenreife _____	
Laborbefunde Röteln _____	HBsAG _____
Chlamydien _____	HIV _____
Lues _____	Toxoplasmose _____
CMV _____	β-Streptokokken _____
OGTT 50 mg _____ 75 mg _____	(Gestations-)Diabetes _____
Allergien _____	
Aktuelle Risiken in dieser Schwangerschaft _____	
Aktuelle Medikamente _____	

Vorausgegangene Geburten

Datum	Ort	Geschlecht	Gewicht	Geburtsverlauf und Besonderheiten	Wochenbett und Stillzeit	Kind gesund?

Sonstige Schwangerschaften (Fehlgeburten etc.)

Eigenanamnese

Größe _____

Gewicht vor der Schwangerschaft _____

 Allergien _____

Schwangerschafts-/Diabetes _____

Internistische Erkrankungen (Schilddrüse, Herz, Lunge,

Leber, Nieren...) _____

 Operationen _____

Blutungsneigung _____

Bluttransfusionen _____

Sterilitätsbehandlung _____

Pränatale Diagnostik _____

Sonstiges _____

Nikotin _____ Alkohol _____

Aktuelle Medikamente

Errechneter Geburtstermin (ET) _____

Gesetzliche Krankenversicherung Schwangere

Name Krankenversicherung _____

 Gerne Familienzimmer gegen Zuzahlung

 Gerne Ein-/ Zweibettzimmer gegen Zuzahlung
Anmerkungen und Wünsche (PDA, Wassergeburt, Entspannungsbad etc.)

Datum, Unterschrift der Schwangeren

Familienanamnese (Erkrankungen, welche in Ihrer Familie / der Partnerfamilie auftreten)

Diabetes _____

Erbliche Krankheiten _____

Fehlbildungen _____

 Sonstiges (Bluthochdruck, Thrombose, Schlaganfall, Embolie...) _____

Ehe-/Partner/in oder Angehörige (freiwillige Angaben)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Mobilnummer _____

Beruf _____

Betreuende(r) Gynäkologin/Gynäkologe

Name _____

Betreuende Hebamme

Name _____

Weitere mitbetreuende Ärzte/innen (Diabetologe, Internist...)

Name _____

Private Krankenversicherung

Name Krankenversicherung _____

 Chefarztbehandlung Ja Nein

 Einbettzimmer Zweibettzimmer

 Gerne Familienzimmer

Datum, Unterschrift Hebamme/Arzt