

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

**Schwangere**

<b>Graue Felder werden von der Klinik ausgefüllt!</b>
---

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

**Schwangerschaft**
**Gravida** \_\_\_\_\_ **Para** \_\_\_\_\_

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

**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