

**Graue Felder werden von der Klinik ausgefüllt!**

bitte an [krs@skbs.de](mailto:krs@skbs.de) senden, danke!

**Schwangere**

Nachname \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

**Berechneter ET** \_\_\_\_\_ Konzeptionsdatum \_\_\_\_\_

**Korrigierter ET** \_\_\_\_\_ Lungenreife \_\_\_\_\_

**Laborbefunde** Röteln \_\_\_\_\_ HBsAG \_\_\_\_\_

Chlamydien \_\_\_\_\_ HIV durchgeführt  \_\_\_\_\_

LSR durchgeführt  \_\_\_\_\_ Toxoplasmose \_\_\_\_\_

CMV \_\_\_\_\_  $\beta$ -Streptokokken \_\_\_\_\_

**OGTT** 50 g \_\_\_\_\_ 75 g \_\_\_\_\_ (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, etc.)  
\_\_\_\_\_Operationen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Blutungsneigung \_\_\_\_\_

Bluttransfusionen \_\_\_\_\_

Kinderwunschbehandlung \_\_\_\_\_

Pränatale Diagnostik \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Nikotin \_\_\_\_\_ Alkohol \_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikamente**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Berechneter Geburtstermin (ET)** \_\_\_\_\_**Gesetzliche Krankenversicherung**

Name Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Gerne Familienzimmer (**gegen Zuzahlung**) Gerne Ein-/ Zweibettzimmer (**gegen Zuzahlung**) **Anmerkungen und Wünsche** (PDA, Wassergeburt, Entspannungsbad etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Familienanamnese** (Erkrankungen, welche in Ihrer Familie / Partnerfamilie auftreten)

Diabetes \_\_\_\_\_

Erbliche Krankheiten \_\_\_\_\_

Fehlbildungen \_\_\_\_\_

Hüfterkrankungen (Eltern/Geschwister)  
\_\_\_\_\_Sonstiges (Bluthochdruck, Thrombose, Schlaganfall, Embolie...)  
\_\_\_\_\_**Ehe-/Partner/in oder Angehörige** (freiwillige Angaben)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Mobilnummer \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

**Betreuende(r) Gynäkologin/Gynäkologe**

\_\_\_\_\_

**Betreuende Hebamme**

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Zukünftiger Kinderarzt** \_\_\_\_\_**Private Krankenversicherung**

Name Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Chefarztbehandlung Ja  Nein Einbettzimmer  Zweibettzimmer Gerne Familienzimmer