

Graue Felder werden von der Klinik ausgefüllt!

bitte an krs@skbs.de senden, danke!

Schwangere

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 _____

Berechneter ET _____ Konzeptionsdatum _____

Korrigierter ET _____ Lungenreife _____

Laborbefunde Röteln _____ HBsAG _____

Chlamydien _____ HIV durchgeführt _____

LSR durchgeführt _____ Toxoplasmose _____

CMV _____ β -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, Nieren...) _____Operationen _____

Blutungsneigung _____

Bluttransfusionen _____

Sterilitätsbehandlung _____

Pränatale Diagnostik _____

Sonstiges _____

Nikotin _____ Alkohol _____

Aktuelle Medikamente_____

_____**Berechneter Geburtstermin (ET)** _____**Gesetzliche Krankenversicherung Schwangere**

Name Krankenversicherung _____

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