

Geburtsname:.....

Krankenkasse:.....

Adresse:.....

Versicherten-Nr:.....

.....

Frauenarzt:.....

Geb.Datum:.....

.....

verheiratet Tel.Nr.:

Hebamme (Vor-und Nachsorge):

ledig Nationalität:

.....

geschieden Geburtsort:

.....

Beruf: Arbeitgeber.....

Ehemann/Angehörige:

.....

Geb.Datum:

Tel.Nr.:

Krankenkasse:

Bitte fügen Sie folgende Befunde aus dem Mutterpass ein:

Gewicht vor Schwangerschaft in kg _____ Aktuelles Gewicht in kg _____

Größe _____ Blutgruppe _____

Medikamente _____

Allergien _____

Zigaretten/Tag _____

Alkohol/Drogen _____

Erster Tag der letzten Regelblutung _____

Zyklusdauer _____

Entbindungstermin _____ Entbindungstermin korrigiert _____

Gab es im Verlauf Ihrer Schwangerschaft einen auffälligen Befund, wie z.B positive Antikörper, Röteln-Immunität neg., Chlamydien, LSR (Lues), HBsAg, Anti-HCV, HIV, CMV, Toxoplasmose, GBS(β -hämolyisierende Streptokokken), Krebsvorsorge (Pap-Abstrich)?

Wenn ja, welcher Befund war auffällig und wie wurde behandelt/vorgegangen?

Wurde in der jetzigen Schwangerschaft eine Pränataldiagnostik durchgeführt

(Nackentransparenzmessung, Amniozentese, Chorionzottenbiopsie, Feindiagnostik o.ä.)?

Wenn ja, welcher Befund und wann?

Gab es im Verlauf Ihrer Schwangerschaft Komplikationen (Blutungen, Bluthochdruck, Schwangerschaftsdiabetes, Krankenhausaufenthalte)?

Wenn ja, welche Komplikation? Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes: Grund für den Krankenhausaufenthalt und Dauer?

Frühere Geburten

	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4	Kind 5
Vaginal/Kaiserschnitt?					
Jahr					
Ort					
Geschlecht					
Gewicht					
Schwangerschaftsdauer					
Dammriss/Dammschnitt?					
Kind gesund?					
Dauer der Stillzeit					
Auffälligkeiten im Wochenbett?					
Kinderwunschbehandlung					

Gab es in den vorangegangenen Schwangerschaften Fehlgeburten, Abbrüche, Totgeburten, Ausschabungen?

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche und wie viele? Gab es Ausschabungen?

Gab es in einer der letzten Schwangerschaften Probleme wie z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Schwangerschaftsvergiftung, Infektionen usw.?

Wenn ja, welche und wann?

Gab es unter der letzten Geburt Probleme wie z.B. Blutungen, verzögerte Plazentalösung, Infektionen usw.?

Wenn ja welche?

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister, Tante)

Schwere Erkrankungen Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie selbst an Erkrankungen, wie z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Nervenleiden, chronischen Erkrankungen, Schilddrüsenfehlfunktion, Gerinnungsstörungen usw.? Wenn ja, welche?

Sind Sie jemals operiert worden (Rachenmandeln, Blinddarm, andere)?

Wenn ja, Art der Operation, Jahr?

Wünsche zur Geburt/zum stationären Aufenthalt:

Unterschrift der Schwangeren _____