

Farbige Felder werden von der Hebamme ausgefüllt

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Verständigungssprache \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Nachname Kind \_\_\_\_\_

Frauenarzt \_\_\_\_\_

Hebamme \_\_\_\_\_

Kinderarzt \_\_\_\_\_

Angehörige Bezugsperson / Begleitperson

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung

1-Bett       2-Bett       Chefarzt

Elternzimmer gewünscht, wenn verfügbar

Ja       Nein

Besonderheiten

**Aktuelle Schwangerschaft**

Grav \_\_\_\_ Para \_\_\_\_

Letzte Periode \_\_\_\_\_

**Entb.-Termin**

**korrr:**

BG \_\_\_\_\_

BG Kind \_\_\_\_\_

Anti-D Datum \_\_\_\_\_

GBS \_\_\_\_\_

AKS \_\_\_\_\_

Toxopl. \_\_\_\_\_ CMV \_\_\_\_\_ HIV / LSR \_\_\_\_\_

Röteln \_\_\_\_\_ → Immunität     Ja     Nein

**HBs-AG** \_\_\_\_\_ Chlamydien \_\_\_\_\_

OGTT 50g \_\_\_\_\_ OGTT 75g \_\_\_\_\_ → **GDM**     diät     insulinpfl.

bes. serologische Befunde \_\_\_\_\_

**Lungenreife:**     Nein     Ja → Datum \_\_\_\_\_

Stationärer Aufenthalt \_\_\_\_\_

Grund \_\_\_\_\_

**Schwangerschaftsverlauf**

**Pränatale Diagnostik**

**NIPT** (Harmony®, Praena®, fetalis®, o.ä.):

**Feindiagnostik-Ultraschall:**

Amniozentese, Chorionzottenbiopsie:

Kinderwunschbehandlung:

**Vorausgegangene Geburten/Schwangerschaften** (Fehlgeburten, Abbrüche, Eileiterschwangerschaft, Spontan/Saugglocke/Kaiserschnitt)

Jahr	Modus/Art	SSW	Baby Gewicht	Dammverletzung	Besonderheiten, Komplikationen (Mutter oder Kind)	B-Strep

Eigenanamnese Größe \_\_\_\_\_  
Gewicht vor Schwangerschaft \_\_\_\_\_ Ende Schwangerschaft \_\_\_\_\_

**Erkrankungen**

- Gynäkologische Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Schilddrüse, Diabetes)
- Psychische Erkrankungen / Depression
- Gewalterfahrung (seelisch/körperlich)
- Kreislauf, Blutdruck, Gerinnung, Thrombose, Embolie
- Organe
- Skelett, Becken, Hüfte
- Nerven, neurologisch
- Haut
- Augen / Ohren

**! Allergien** (z.B. Medikamente, Lebensmittel) **!**

**Operationen** Jahr, Art der OP, Art der Narkose, ggf. OP-Komplikationen oder Narkosekomplikationen

**Medikamente** (dauerhafte Medikationen und eingenommene Medikamente in der Schwangerschaft, mit Dosierung)

Grund	Name	Dosierung	morgens	mittags	abends

**Nikotin** (Zig./E-Zig./Tag) \_\_\_\_\_ **Alkohol** \_\_\_\_\_ **Drogen** \_\_\_\_\_

**Familien-Anamnese** (angeborene Erkrankungen, Fehlbildungen, erbliche Krankheiten in mütterlicher und väterlicher Familie)

**Wünsche für die Geburt**

Bitte bringen Sie alte Mutterpässe und Vorbefunde sowie Versicherungskarte zu jeder Untersuchung mit

Datum, Unterschrift Hebamme \_\_\_\_\_ überarbeitet am \_\_\_\_\_  
**View Point Geburtsanmeldung** erfolgt am \_\_\_\_\_ überarbeitet am \_\_\_\_\_