

Farbige Felder werden von der Hebamme ausgefüllt

Version 3  
D11370

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 (50 Euro/Tag)  
 Ja       Nein

Besonderheiten

**Aktuelle Schwangerschaft**      Grav \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_      Letzte Periode \_\_\_\_\_

BG \_\_\_\_\_      BG Kind \_\_\_\_\_      Anti-D Datum \_\_\_\_\_

B-Strep \_\_\_\_\_      AKS \_\_\_\_\_      Toxopl. \_\_\_\_\_ CMV \_\_\_\_\_ HIV / LSR \_\_\_\_\_

Röteln \_\_\_\_\_      → Immunität     Ja     Nein      HBs-AG \_\_\_\_\_

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

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

Lungenreife     Nein     Ja → Datum \_\_\_\_\_      Stationärer Aufenthalt \_\_\_\_\_

Grund \_\_\_\_\_

Entb.-Termin      korr:

**Schwangerschaftsverlauf**

**Pränataldiagnostik** (NIPT, Harmony®, Praena®, Fehlbildungs-Ultraschall, Amniozentese, Chorionzottenbiopsie)

Kinderwunschbehandlung

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

Jahr	Modus/Art	SSW	Gewicht	Verletzung	Besonderheiten, Komplikationen (mütterlich / kindlich)	B-Strep

Erstellt: Frau Myriam Holm; Versionsfreigabe: 30.08.2023, PD Dr. A. Hein, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Review Freigabe: -; Gültig bis: 21.07.2026

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

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

**Erkrankungen**

Gynäkologische Erkrankungen

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Schilddrüse, Diabetes)

Psychische Erkrankungen / Depression

Gewalterfahrung (seelisch/körperlich)

Kreislauf, Blutdruck, Gerinnung, Thrombose, Embolie

Organe

Skelett, Becken, Hüfte

Nerven

Haut

Augen / Ohren

**Operationen** Jahr, Art der Narkose, ggf. OP- 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 Eintrag erfolgt  JA am \_\_\_\_\_