

Angaben der werdenden Mutter

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____ geb. am: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Wohnort: _____

Sprache: _____ Telefonnummer _____

Beruf: _____ Berufstätig in der Schwangerschaft? ja nein

Name und Telefonnummer Notfall-Kontaktperson: _____

Name Krankenversicherung: _____

Bei privater Krankenversicherung: mit Chefarzt - Behandlung 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer

Essenswünsche: vegetarisch mit Fleisch

Angaben über Lebenspartner*in/ Begleitperson: Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Nachname des Kindes: _____

Familienzimmer gewünscht? ja nein

Name Frauenarzt/-ärztin: _____

Name der nachsorgenden Hebamme: _____

Entbindungstermin: _____ Letzte Regel: _____

War die Periode regelmäßig? ja nein alle _____ Tage

Möchten Sie stillen? ja nein Stillverfahren? _____

Sind in dieser Schwangerschaft Besonderheiten aufgetreten, z.B.:

Blutungen: nein ja in der: _____ SSW

Bluthochdruck: nein ja Wassereinlagerungen: ja nein

Bisherige Geburten

Datum	SSW Gewicht	Normale Entbindung/ Saugglocke/ Kaiserschnitt/ Zange?	Entbindungsort (welche Klinik/ Geburtshaus/ Hausgeburt)	Geburtsverletzung	Komplikationen bei Geburt oder im Wochenbett?

Anzahl Fehlgeburten, Bauchhöhlenschwangerschaften oder Schwangerschaftsabbrüche: _____

Angaben zur Anamnese (Nehmen Sie hierzu Ihren Mutterpass zur Hand)

Größe: _____ cm Gewicht vor der Schwangerschaft: _____ kg

Blutgruppe (A, B, AB oder 0?): _____ Rhesusfaktor: _____

Antikörper-Suchtest: _____ HBs-Antigen: _____

HIV abgenommen: _____ Röteln-HAH-Test: _____

Chlamydien: _____ B-Streptokokken: _____

Lues: _____ Toxoplasmose: _____

Wurde bei Ihnen ein oraler Glucose-Toleranz-Test durchgeführt? ja, 50g ja, 75g nein

Rauchen Sie in dieser Schwangerschaft? nein ja, wieviel: _____

Sind Allergien bekannt? nein ja, welche: _____

Frühere Operationen? nein ja, welche: _____

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Erb- o. Zuckerkrankheiten, Blutungs- oder Thromboseneigungen, andere Besonderheiten? Wer/Welche: _____

Nehmen Sie Medikamente? nein ja, welche: _____