

Selbstauskunft für die Geburtsanmeldung

Wir freuen uns, dass Sie im Elbe Klinikum Stade entbinden möchten. Um einen optimalen Ablauf und eine maximale Patientensicherheit gewährleisten zu können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie hierfür die Geburtsanmeldung vollständig aus.

Allgemeine Angaben

Name: _____ Geburtsname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße/Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobilnummer: _____

Körpergröße: _____ Gewicht (vor Schwangerschaft): _____ kg

Krankenkasse (bei privater Versicherung: 1- oder 2-Bettzimmer und/oder Wahlarzt):

Beruf/Tätigkeit: _____

Arbeitgeber: _____

Berufstätig in der Schwangerschaft? Ja Nein

Beschäftigungsverbot? Ja Nein

Frauenarzt: _____

Hausarzt: _____

Hebamme: _____

Diabetologe: _____

Anzahl vorheriger Schwangerschaften: _____

Anzahl vorheriger Kinder: _____

Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

Angaben zur Begleitperson

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße/Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobilnummer: _____

Beruf/Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____

Wer soll im Notfall kontaktiert werden?

Name: _____ Vorname: _____
Telefonnummer: _____

Waren Sie während der Schwangerschaft erkrankt? Wenn ja, wie lautete die Diagnose und wie erfolgte die Behandlung?

Waren Sie während der aktuellen Schwangerschaft stationär im Krankenhaus?

Nein

Krankheit/Diagnose: _____

Behandlungsart: _____

Behandlungszeitraum: _____

Behandlungsort: _____

Haben Sie Schwangerschaftsdiabetes?

Ja Nein

Wenn ja, wie wurden sie behandelt?

diätetisch insulinpflichtig

Nehmen Sie außerhalb der Schwangerschaft dauerhaft Medikamente ein?

Ja Nein

Medikament/Vitamin	Anzahl

Nehmen Sie während der Schwangerschaft Medikamente und/oder Vitamine ein?

Ja Nein

Medikament/Vitamin	Anzahl

Angaben zu Ihrer/n letzten Geburt/en:

Geburtsjahr: _____ Geburtsort: _____

Art der Geburt: Spontangeburt Kaiserschnitt

Komplikationen: _____

Gestillt: Ja Nein

Angaben zu Ihrer/n letzten Geburt/en:

Geburtsjahr: _____ Geburtsort: _____

Art der Geburt: Spontangeburt Kaiserschnitt

Komplikationen: _____

Gestillt: Ja Nein

Angaben zu Ihrer/n letzten Geburt/en:

Geburtsjahr: _____ Geburtsort: _____

Art der Geburt: Spontangeburt Kaiserschnitt

Komplikationen: _____

Fehlgeburten:

- Nein Ja, im Jahr _____, in Schwangerschaftswoche _____
- Nein Ja, im Jahr _____, in Schwangerschaftswoche _____

Schwangerschaftsabbrüche:

- Nein Ja, im Jahr _____, in Schwangerschaftswoche _____
- Nein Ja, im Jahr _____, in Schwangerschaftswoche _____

Eileiterschwangerschaften:

- Nein Ja, im Jahr _____, in Schwangerschaftswoche _____
- Nein Ja, im Jahr _____, in Schwangerschaftswoche _____

**Gibt es in ihrer Familie oder der Familie ihres Mannes bekannte Krankheiten?
Wenn ja, bitte den Verwandtschaftsgrad mit angeben.
(z.B. Mutter, Schwester, Eltern)**

- Ja Nein

Wenn ja, welche und bei wem?

Diabetes: _____

Bluthochdruck: _____

Herzfehler: _____

Epilepsie: _____

Genetische Erkrankungen: _____

Psychische Erkrankungen: _____

Sind bei Ihnen selbst Krankheiten bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Diabetes: _____

Bluthochdruck: _____

Herzfehler: _____

Epilepsie: _____

Genetische Erkrankungen: _____

Psychische Erkrankungen : _____

Gerinnungsstörung: _____

Schilddrüsenerkrankung: _____

Bluttransfusionen: _____

Hüft- und Wirbelsäulenerkrankung: _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

Wurden Sie schon mal operiert?

Jahr	OP	Narkose	Komplikationen

Haben Sie bestimmte Wünsche oder Vorstellungen bezüglich Ihrer anstehenden Geburt?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| PDA | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wassergeburt (aktueller HIV und Hepatitis C Test nötig) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stillen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ambulante Geburt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Andere Wünsche: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Bitte legen Sie dem Fragebogen zur Geburtsanmeldung eine Kopie oder ein Foto der Seiten 2 -11 Ihres Mutterpasses bei.

Bitte bringen Sie immer den Mutterpass (auch von vorherigen Schwangerschaften), Allergiepass, Impfpass, Versichertenkarte oder bei privater Versicherung eine Versicherungsbestätigung mit.

Vielen Dank!

Ihr Team des Kreißsaals im Elbe Klinikum Stade