

Anmeldung zur Geburt

Herzlichen Glückwunsch, Sie erwarten ein Baby und wir freuen uns, Sie in dieser Zeit der Schwangerschaft und der Geburt begleiten zu dürfen. Wir möchten Sie optimal und nach Ihren Bedürfnissen betreuen. Bitte füllen Sie diesen Bogen gewissenhaft aus, er enthält Fragen zur Kranken- und Familiengeschichte, sowie die Möglichkeit uns Ihre Wünsche bezüglich der Geburt Ihres Kindes mitzuteilen.

Name: Geb. Name Name des Partners:
Vorname: Vorname:
Geburtsdatum und Ort: Geburtsdatum und Ort
Beruf: Beruf:
Adresse: Telefon beider Partner:

Krankenkasse: Voraussichtlicher Nachname des Kindes:

gesetzlich privat Zusatzversicherung

Frauenarzt: Hausarzt:

Hebamme:

Ihr behandelnder Arzt erhält von uns einen abschließenden Bericht Ihrer Behandlung

Fragen zur jetzigen Schwangerschaft

Wann war Ihre letzte Regelblutung? War Ihr Zyklus regelmäßig?

Voraussichtlicher Geburtstermin:

Wie verlief die Schwangerschaft bis zum jetzigen Zeitpunkt?

Normal Es sind folgende Probleme aufgetreten:

Blutzuckertest durchgeführt Ja Nein Ergebnisse:

Wurde eine Hormonbehandlung oder eine andere Kinderwunschbehandlung durchgeführt?

Gab es Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder Eileiterschwangerschaften?

Gab es Komplikationen während der vorangegangenen Schwangerschaft, unter der Geburt oder im Wochenbett bei Ihnen oder Ihrem Kind (Blutungen, Geburtsverletzungen, Wundheilungsstörungen, Erkrankungen des Kindes, Neugeborenenengelsucht...)?

Vorausgegangene Geburten

Dauer der Schwangerschaft				
Datum				
Ort der Geburt				
Normale Geburt				
Kaiserschnitt, wenn ja was war der Grund?				
Saugglockengeburt				
Dauer der Geburt				
Gewicht / Größe des Kindes/ Kopfumfang Geschlecht				

Wurde Ihr Kind gestillt, wenn ja, wie haben Sie die Stillzeit erlebt?

Möchten Sie ihr Kind stillen?

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie Allergien? (Medikamente, Pflaster, Latex, Lebensmittel...)

Gibt es frühere Erkrankungen: (Herz-Kreislauf, Niere, Nervenerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Asthma, chron. Darmerkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, Beckenringfraktur, Augenerkrankungen, sexuell übertragbare Erkrankungen....)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja, welche und aus welchem Grund (auch Eisen, Magnesium, Vitamine etc.)?

Nehmen Sie Genussmittel zu sich? (Alkohol, Zigaretten, Drogen)

Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, wann und warum? Welche Art der Narkose wurde angewandt? Haben Sie die Narkose gut vertragen? Sind Probleme aufgetreten?

Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? (Herz-Kreislaferkrankungen, Rheuma, Diabetes, Krebs...)

Ist Ihnen bekannt wie die Schwangerschaften und Geburten Ihrer Mutter verlaufen sind?

Gibt es weitere Dinge die Sie uns mitteilen möchten? Haben Sie besondere Wünsche für die Geburt Ihres Kindes

Ganz herzlichen Dank für Ihre Mithilfe, wir wünschen Ihnen einen gesunden Schwangerschaftsverlauf und freuen uns mit Ihnen auf die Geburt Ihres Kindes

Das Team der Hebammen, Schwestern und Ärzte des Kreissaales und der Wochenstation der Aller-Weser-Klinik Verden

Mutter	Vater
Familien, ggf. Geburtsname	Familienname, ggf. Geburtsname
Vorname(n)	Vorname(n)
Geburtstag und -ort	Geburtstag und -ort
Religionszugehörigkeit (nur ausfüllen, wenn mit der Eintragung einverstanden)	Religionszugehörigkeit (nur ausfüllen, wenn mit der Eintragung einverstanden)
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____
Vollständige Anschrift	Vollständige Anschrift
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> veritwet	

Liebe Patientinnen,

Sie erwarten in Kürze ein Kind und wir freuen uns, dass Sie unserer Klinik Ihr Vertrauen schenken. Eine umfassende Vorsorge soll Ihnen und uns helfen, dass Ihre Geburt ohne Störungen verläuft. Bitte füllen Sie gewissenhaft diese Fragen aus. Sie ermöglichen uns, bislang unerkannte Störungen der Blutgerinnung rechtzeitig zu erfassen. Vielen Dank!

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen		Zusatzfragen + Notizen Geburtshelfer/Anästhesist	
1	Ist bei Ihnen jemals eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diagnose:
Beobachten Sie folgende Blutungsarten – auch ohne erkennbaren Grund?			
2a	Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Nasenputzen etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • Immer schon <input type="checkbox"/> • Nur saisonal <input type="checkbox"/> • Befund vorhanden <input type="checkbox"/> • Art. Hypertonie <input type="checkbox"/> • Bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>
2b	Blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm, auch ohne sich anzustoßen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • Unfallträchtige Tätigkeit <input type="checkbox"/> • Immer schon <input type="checkbox"/> • Bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>
3	Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • Über 5 Minuten <input type="checkbox"/> • Nachbehandlung war nötig <input type="checkbox"/> • Bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>
4	Hatten Sie in der Vergangenheit längeres / verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • Über 5 Minuten <input type="checkbox"/> • Nachbehandlung war nötig <input type="checkbox"/> • Bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>
5	Hatten Sie in der Vergangenheit eine verstärkte Blutung während oder nach Operationen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	• Welche Operation:
6	Gab / gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft Fälle von Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • Verwandtschaftsgrad: • Diagnose:
7a	Nehmen oder nahmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? (z.B. Aggrenox®, Marcumar®, Plavix®, Iscover®, Thrombo-ASS®, Herz-ASS®, Colfarit® etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme • Medikament Pausiert seit:
7b	Nehmen Sie Schmerz- oder Rheumamittel (auch frei verkäufliche) ein? (ASS, Godamed, Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac o.ä.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
7c	Nehmen Sie stimmungsaufhellende Medikamente ein? (z.B. Citalopram®, Sertralin®, Paroxetin®, Fluoxetin®, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8	Ist eine Leber- oder Nierenerkrankung bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
9	Sind Ihre Monatsblutungen verlängert (> 7 Tage) und / oder (verstärkt häufiger Binden- / Tampon-wechsel)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> • seit Menarche <input type="checkbox"/> • gleichzeitige Anämie <input type="checkbox"/>