

Anmeldung zur Geburt in der Aller-Weser-Klinik gGmbH

Fragen zur Schwangerschaft:

Wann war Ihre letzte Regelblutung? _____

War Ihr Zyklus regelmäßig? _____

Schwangerschaft:

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 Schwangerschaft, unter der Geburt oder im Wochenbett bei Ihnen oder Ihrem Kind (Blutungen, Geburtsverletzungen, Wundheilungsstörungen, Erkrankungen des Kindes, Neugeborenenengelbsucht...)?

Anmeldung zur Geburt in der Aller-Weser-Klinik gGmbH

Vorausgegangene Geburten

	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Dauer der Schwangerschaft				
Datum				
Ort der Geburt				
Normale Geburt				
Kaiserschnitt, wenn ja was war der Grund?				
Saugglockengeburt				
Dauer der Geburt				
Gewicht / Größe des Kindes				
Wurde Ihr Kind gestillt?				
Wie haben Sie die Stillzeit erlebt?				

Möchten Sie Ihr Kind stillen?

ja

nein

Anmeldung zur Geburt in der Aller-Weser-Klinik gGmbH

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?

Nehmen Sie Genussmittel zu sich?

(Alkohol, Zigaretten, Drogen)

Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, warum?

Welche Art der Narkose wurde angewandt? Haben Sie die Narkose gut vertragen?

Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie?

(Herz-Kreislauferkrankungen, 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!

Ihr Team der Hebammen, Schwestern und Ärzte des Kreißsaales und der Wochenstation der Aller-Weser-Klinik Verden.

Geburtsanzeige

Mutter	Partner / Partnerin
Familien, ggf. Geburtsname	Familiename, 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"/> verwitwet	

Gerinnungsfragenbogen

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, sodass Ihre Geburt ohne Störungen verläuft. Bitte füllen Sie gewissenhaft die nachfolgenden Fragen aus.

Diese 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"/>

Freigabe Geburtentafel und Freigabe Foto-Einwilligungserklärung

Liebe Patientinnen,

unser Team vom Kreißsaal pflegt täglich die Geburtentafel. Auf dieser vermerken wir die neu geborenen Babys mit ihrem jeweiligen Vornamen und Gewicht. Sollten auch Sie einverstanden sein, dass Ihr Baby auf der Tafel erscheint, setzen Sie bitte das Häkchen bei ja.

- Ja, mein Kind darf mit dem Vornamen auf der Geburtentafel vermerkt werden.
- Nein, ich möchte nicht, dass mein Kind mit Namen auf der Geburtentafel vermerkt wird.

Einwilligung zur Veröffentlichung von Fotos / Filmen auf der Krankenhaus-Website, in Flyern und Imageanzeigen und auf Social Media

Als Krankenhaus stellen wir unser Leistungsspektrum auf unserer Website, auf Social Media und auch in schriftlicher Form, z.B. in Flyern, Tageszeitungen und Broschüren dar. Zur wirklichkeitsnahen Illustration sollen auch Fotos aus dem Krankenhausleben verwendet werden, auf denen Patienten und Mitarbeitende individuell erkennbar sind. Aus rechtlichen Gründen ("Recht am eigenen Bild") ist dies nur mit Ihrem Einverständnis möglich.

Wir bitten Sie deshalb, die dafür erforderliche Einverständniserklärung zu unterzeichnen:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Hiermit stimme ich den am _____ erstellten

- Fotoaufnahmen
- Filmaufnahmen

Beschreibung: _____

für die Verwendung in

- Printmedien (Flyern, Broschüren / Poster / Mitarbeiterzeitung / Pressemitteilungen) *
- Vorträgen, Veröffentlichungen, auf Website, Intranet, und/oder Social Media sowie in weiteren Medien der Aller-Weser-Klinik gGmbH zu.

Ich bin ebenfalls einverstanden, dass die Aufnahmen bei Bedarf Vertretern der Presse/Medien/dem Fotografen zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt werden können.

- Ja
- Nein

Falls Bildunterschriften notwendig sein sollten, verwenden Sie bitte

- meinen Namen / den Namen meines Kindes
- nur die Anfangsbuchstaben
- ein Pseudonym

Finanzielle Ansprüche werden ausgeschlossen.

Datum / Unterschrift: _____