

Geburtshilflicher Fragebogen

Liebe Schwangere,

wir freuen uns sehr, dass Sie bei uns gebären wollen. Vor der Geburt besteht die Möglichkeit sich bei uns in der Hebammensprechstunde vorzustellen. Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus und bringen diesen zur ambulanten oder stationären Vorstellung mit. Selbstverständlich ist das vorab nicht verpflichtend und wir begrüßen Sie auch ohne Vorstellung gern bei uns.

Bitte füllen Sie alle Felder aus. Vielen Dank!

Entbindungstermin:	Blutgruppe:
Nachname des Kindes:	

Daten der Mutter	Daten des Vaters
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsname:	
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse:	Adresse:
Telefon / Handynummer:	Telefon/Handynummer:
Beruf:	Beruf:
Familienstand:	Familienstand:
Religion:	Religion:

Berufstätig in der Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, belastend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Vaterschaftsanerkennung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beabsichtigt Gemeinsame Sorgeerklärung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beabsichtigt
Krankenkasse:	
Private Zusatzversicherung: <input type="checkbox"/> Ja: Einbettzimmer/Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> Nein (Bitte Zutreffendes unterstreichen!)	Behandelnder Gynäkologe: Nachsorgehebamme: ß-Streptokokken: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Allergien:	Erkrankungen:
Operationen: Narkose: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Verträglichkeit: <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Schlecht	Bluttransfusionen erhalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Medikamente:	Rauchen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wie viele: Alkohol: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Vorausgegangene Schwangerschaft/Geburten

Datum	Natürliche Geburt/ Saugglocke/ Kaiserschnitt/ Fehlgeburten	Schwanger- schafts- woche	Klinik (Ort)	Gewicht (g)	Länge (cm)	Mädchen/ Junge	Besonderheiten (Einleitung/Geburts- Verletzungen/ verstärkte Blutungen etc.)

Aktuelle Schwangerschaft

 Stationärer Aufenthalt während dieser Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, wann?

 Tokolyse i.v. erhalten: Ja Nein Wenn ja, wann?

 Lungenreifung erhalten: Ja Nein Wenn ja, wann?

 Hatten Sie Beschwerden in der Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, welche?

 Varizen (Krampfadern): Ja Nein

 Ödeme (Wassereinlagerungen): Ja Nein

 Hämorrhoiden: Ja Nein

 Blutungen: Ja Nein

 Wie wurden Sie schwanger? auf natürlichem Weg hormonell unterstützt

Wünsche / Besonderheiten für die bevorstehende Geburt

 Stillen: Ja Nein Evtl.

 Ambulante Geburt: Ja Nein Evtl.

 Familienzimmer: Ja Nein

Sonstiges / Fragen: