

Bitte gut lesbar ausfüllen und auch die Rückseite beachten, danke!

**Schwangere**

<b>Graue Felder werden von der Klinik ausgefüllt!</b>
---

Name \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Telefon / Mobilnummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**Zukünftiger Familienname des Kindes** \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft**
**Gravida** \_\_\_\_\_ **Para** \_\_\_\_\_

Blutgruppe \_\_\_\_\_ Rh-Faktor \_\_\_\_\_

Antikörper \_\_\_\_\_

1. Tag der LP \_\_\_\_\_

Anti-D-Gabe \_\_\_\_\_

**ET** \_\_\_\_\_

**Korrigierter ET** \_\_\_\_\_

Zykluslänge \_\_\_\_\_

Konzeptionsdatum \_\_\_\_\_

Lungenreife \_\_\_\_\_

**Laborbefunde** Röteln \_\_\_\_\_

HBsAG \_\_\_\_\_

Chlamydien \_\_\_\_\_

 HIV durchgeführt  \_\_\_\_\_

 Lues durchgeführt  \_\_\_\_\_

Toxoplasmose \_\_\_\_\_

CMV \_\_\_\_\_

 $\beta$ -Streptokokken \_\_\_\_\_

**OGTT** 50 g \_\_\_\_\_ 75 g \_\_\_\_\_

(Gestations-)Diabetes \_\_\_\_\_

**Allergien** \_\_\_\_\_

**Aktuelle Risiken in dieser Schwangerschaft** \_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikamente** \_\_\_\_\_

**Vorausgegangene Geburten**

Datum	Ort	Geschlecht	Gewicht	Geburtsverlauf und Besonderheiten	Wochenbett und Stillzeit	Kind gesund?

**Sonstige Schwangerschaften (Fehlgeburten etc.)**


---



---

**Eigenanamnese**

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht vor der Schwangerschaft \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schwangerschafts-/Diabetes \_\_\_\_\_

Internistische Erkrankungen (Schilddrüse, Herz, Lunge,  
Leber, Nieren...) \_\_\_\_\_Operationen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Blutungsneigung \_\_\_\_\_

Bluttransfusionen \_\_\_\_\_

Sterilitätsbehandlung \_\_\_\_\_

Pränatale Diagnostik \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Nikotin \_\_\_\_\_ Alkohol \_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikamente**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Errechneter Geburtstermin (ET)** \_\_\_\_\_**Gesetzliche Krankenversicherung Schwangere**

Name Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Gerne Familienzimmer gegen Zuzahlung Gerne Ein-/ Zweibettzimmer gegen Zuzahlung **Anmerkungen und Wünsche** (PDA, Wassergeburt, Entspannungsbad etc.)\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Familienanamnese** (Erkrankungen, welche in Ihrer Familie / der Partnerfamilie auftreten)

Diabetes \_\_\_\_\_

Erbliche Krankheiten \_\_\_\_\_

Fehlbildungen \_\_\_\_\_

Hüfterkrankungen (Eltern/Geschwister)  
\_\_\_\_\_Sonstiges (Bluthochdruck, Thrombose, Schlaganfall, Embolie...)  
\_\_\_\_\_**Ehe-/Partner/in oder Angehörige** (freiwillige Angaben)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Mobilnummer \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

**Betreuende(r) Gynäkologin/Gynäkologe**

\_\_\_\_\_

**Betreuende Hebamme**

\_\_\_\_\_

**Weitere mitbetreuende Ärzte/innen** (Diabetologe, Internist...)

\_\_\_\_\_

**Zukünftiger Kinderarzt**

\_\_\_\_\_

**Private Krankenversicherung**

Name Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Chefarztbehandlung Ja  Nein Einbettzimmer  Zweibettzimmer Gerne Familienzimmer