

Geburtshilflicher Fragebogen

Liebe Schwangere,
 wir freuen uns sehr, dass Sie bei uns entbinden wollen. Vor der Geburt wäre es gut, wenn Sie sich bei uns im Kreißsaal vorstellen. Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus und bringen ihn zur Vorstellung mit. Selbstverständlich findet ein persönliches Gespräch mit einem Arzt und einer Hebamme statt, um über Unklarheiten, Fragen oder Wünsche zu sprechen. **Bitte füllen Sie alle Felder aus. Vielen Dank!**

Name, Vorname _____ Geburtsname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ Telefonnummer _____

Name des nächsten Angehörigen _____ Telefonnummer des nächsten Angehörigen _____

Krankenkasse _____

Private Zusatzversicherung: nein ja: Einbettzimmer/Zweibettzimmer/ Chefarztbehandlung

Behandelnder Gynäkologe _____ Name der Nachsorgehebamme _____

Voraussichtlicher Nachname des Kindes _____ Wie groß sind Sie? _____ Wie viel wiegen Sie aktuell? _____

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche? (auch Magnesium, Eisen, andere Präparate) _____

Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion? Wenn ja, weshalb? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele aktuell und vor der Schwangerschaft? _____

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol (ja nein) oder Drogen (ja nein) konsumiert?

Aktuelle Schwangerschaft

Wie war der Zyklus vor der Schwangerschaft? regelmäßig unregelmäßig

Dauer (1. Tag der Blutung bis zur nächsten Blutung) _____ Wie viele Tage haben Sie geblutet? _____

Haben Sie vor der Schwangerschaft Hormone eingenommen (z.B. Verhütung, Pille, Spirale, Nuvaring etc.)?

nein ja Wenn ja, was und bis wann? _____

Wie wurden Sie schwanger? auf natürlichem Wege hormonell unterstützt

Hatten Sie schon eine Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch?

Jahr	Welche Schwangerschaftswoche?	Ausschabung?

Gibt es in der aktuellen Schwangerschaft bisher Besonderheiten?

Wurde bei Ihnen folgendes durchgeführt:

Nackenfaltenmessung Amniozentese Corionzottenbiopsie Fehlbildungs-Ultraschall

Vorangegangene Geburten

Datum	Natürliche Geburt / Saugglocke / Kaiserschnitt	Junge / Mädchen	Gewicht Länge	Dauer der Geburt	Klinik	Besonderheiten (Einleitung, Geburtsverletzung, Frühgeburt, Grund für Kaiserschnitt/ Saugglocke, Blutung)

Eigene Krankengeschichte

Bluthochdruck? _____ Diabetes? _____

Schilddrüse? _____ Blutgerinnung (Thrombose)? _____

Niere? _____ Psychische Erkrankung/Belastungen? _____

Hüfterkrankung (z.B. Spreizhose als Kind)? _____

Sonstige: _____

Wurden Sie schon operiert?

Jahr	Art der Operation	Narkose

Waren Sie in der aktuellen Schwangerschaft stationär?

_____ Grund _____ Dauer _____ Klinik _____

Hatten Sie schon einmal Kontakt mit MRSA/MRGN (Multi-resistente Keime)? nein ja

Waren Sie in den letzten 12 Monaten länger als 3 Tage stationär in einer Klinik? nein ja

Haben Sie in den letzten 6 Monaten Antibiotika eingenommen? nein ja

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen Klinikkontakt in Griechenland, in der Türkei, in Indien oder Israel? nein ja

Familiäre Krankengeschichte

Gibt es Erkrankungen beim Kindsvater, dessen enger Familie oder Ihrer eigenen Familie? Wenn ja, was und wer?

Bluthochdruck? _____ Diabetes? _____

Schilddrüse? _____ Blutgerinnung (Thrombose)? _____

Niere? _____ Psychische Erkrankung/Belastungen? _____

Hüfterkrankungen? _____ Erbkrankheiten? _____

Sonstige Krankheiten oder Auffälligkeiten? _____

Haben Sie Wünsche/Anregungen, die Sie uns mitteilen möchten?

Wir bedanken uns und wünschen Ihnen auch weiter eine gute Schwangerschaft!

Ihr Kreißaal-Team