

Stationäre Aufenthalte in dieser Schwangerschaft: _____

VORAUSGEGANGENE GEBURTEN

Datum	Ort/Klinik	Geschlecht m/w	Gewicht g	Geburtsverlauf / Wochenbett & Stillzeit / Besonderheiten

Eigenanamnese

Größe _____

Gewicht vor der Schwangerschaft _____

Nikotin _____ Alkohol _____

Bluthochdruck _____

Diabetes _____

Andere Erkrankungen _____

Operationen _____

Blutungsneigung _____

Bluttransfusionen _____

Kinderwunschbehandlung _____

Thrombose, Embolie _____

Pränatale Diagnostik _____

Anmerkungen und Wünsche _____

Einbettzimmer gegen Zuzahlung

Familienzimmer gegen Zuzahlung

Familienanamnese

(Erkrankungen, die in Ihrer Familie/Partnerfamilie auftreten)

Fehlbildungen _____

Bluthochdruck _____

Diabetes _____

Thrombose, Embolie _____

Andere Erkrankungen _____

Nachsorgende Hebamme _____

Zukünftige/r Kinderärztin/-arzt _____

Weitere Ärztin/Arzt _____

Private Versicherung/Zusatzversicherung

Name Krankenversicherung _____

Chefarztbehandlung Ja Nein

Hebammenhilfe enthalten Ja Nein

Einbettzimmer

Familienzimmer

Datum, Unterschrift der Schwangeren

Datum, Unterschrift Hebamme/Ärztin/Arzt