



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 \_\_\_\_\_

Fetaler RHD-Status \_\_\_\_\_

**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