

## 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!**

|                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| <b>Entbindungstermin:</b>   | <b>Blutgruppe:</b> |
| <b>Nachname des Kindes:</b> |                    |

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

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

**Vorausgegangene Schwangerschaft/Geburten**

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

Familienzimmer:  Ja  Nein

Sonstiges / Fragen: