

Informationsabfrage zur Aufnahme zur Geburt

Bitte beantworten Sie in Ruhe diesen Fragebogen. Dann haben Sie alle wichtigen Informationen, die wir für Ihre Aufnahme in unserer Geburtsklinik benötigen, bereits zusammen.

Kontaktdaten

- Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummern:
- Frauenarzt:
- Hausarzt:
- weitere Ärzte (Internist, Neurologe etc.):
- Hebamme:

Allgemeines

- Beruf:
- Berufstätigkeit in der Schwangerschaft? Beschäftigungsverbot?
- Herkunftsland / Sprachen:
- Allergien / Unverträglichkeiten (Medikamente, Lebensmittel etc.):

Medikament	Wie reagiert?	Getestet?	Alternative?



104 001

Medikamente (aktuelle und abgesetzte):

Name / Wirkstoff	Dosis	Früh	Mittag	Abend	Bis wann?

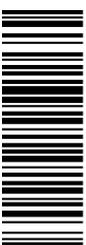
Allgemeines

- Trinken oder tranken Sie Alkohol? Wann, wie viel?
- Rauchen oder rauchten Sie? Wann, wie viel?
- Nehmen oder nahmen Sie Drogen? Wann, wie viel?
- Haben Sie Kontakt zu Tieren? Welche?

Erkrankungen in Ihrer Familie (Blutsverwandschaft)

- Erkrankungen der Eltern / Großeltern / Geschwister:

Verwandter	Erkrankung / Zwischenfall	weitere Erkenntnisse?



- Familiäre Belastung für Thrombosen / Blutungsneigung?
- Genetische Erkrankungen, Erbkrankheiten?
- Gab es Narkosezwischenfälle?

Ihre eigene Krankheitsgeschichte

Kinderkrankheiten (Windpocken, Masern, Mumps etc.)	(chronische) Erkrankungen	Operationen / Narkosen	Geschlechts-/ Unterleibs- erkrankungen

Frühere Schwangerschaften

- Wie oft waren Sie bereits schwanger?
- Wie viele Kinder haben Sie geboren?

Jahr	m / w	Schwanger- schafts- woche	Gewicht in g	Besonderheiten / Komplikationen? (OP? Blutverlust? Einleitung? Stillen?)	Kind gesund ?



Hatten Sie Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche?

Jahr	Schwangerschaftswoche	Fehlgeburt / Abbruch	OP?

- Haben Sie (Vor-)Befunde, die für die Art der Entbindung wichtig sind?

Aktuelle Schwangerschaft

- Erkrankungen oder Besonderheiten in dieser Schwangerschaft?
- Blutungen in der Schwangerschaft?
- Infektionen?
- Schwangerschaftsdiabetes? Seit wann, Insulin, betreuender Arzt?
- Schilddrüsenerkrankungen oder Bluthochdruck?
- Nehmen Sie neue Medikamente?
- Waren Sie in dieser Schwangerschaft in stationärer Behandlung?

Klinik	Schwangerschaftswoche	Diagnose	Therapie

- Gibt es besondere Befunde? Feindiagnostik / Fruchtwasseruntersuchung / NIPT?



Abgleich des Mutterpasses

- Termin der letzten Regel / errechneter Geburtstermin:
- Frauenarzt / behandelnde Ärzte:
- Feindiagnostik: wann? Befunde?
- Blutgruppe:
- Antikörper (wenn positiv, wann?):
- Frühere Transfusionen? Wann, warum, wie viele?

Testung	Befund	Kontrolle?
LSR		
HIV		
Chlamydien		
Röteln (Immunität? Impfungen?)		
HBs-Antigen		
B-Streptokokken		
oGTT (Diabetes-Screening)		
75 g – oGTT (großer Zuckertest)		
Toxoplasmose		
CMV		
VZV		
Parvovirus B19		
Herpes		
NIPT		
Weiteres? Was?		



Informationen zum Vater des Kindes

- Name, Geburtsdatum, Beruf, telefonische Erreichbarkeit

- Erkrankungen des Vaters des Kindes?

- Erkrankungen in der Blutsverwandtschaft des Vaters?

- Erbkrankheiten?

Informationen zum Kind

- Nachname des erwarteten Kindes?

Wollen Sie uns noch etwas mitteilen?

Besonderheiten	Wünsche zur Geburt



Wichtige Telefonnummern:

- Krankentransport 0365 838 939140
- Kreißsaal 0365 828 4560
- Wochenstation 0365 828 4360
- Geburtsplanung 0365 828 4360 (Terminvereinbarung, Überweisung mitbringen)
- PDA-Aufklärung 0365 828 2919 (Terminvereinbarung, Überweisung mitbringen)