

# ANMELDUNG ZUR ENTBINDUNG

Bitte gut lesbar ausfüllen. Blaue Felder werden von der Klinik ausgefüllt.



KRANKENHAUS  
MARIENSTIFT

Name .....	Geb.-Datum .....	Geburtsname .....
Vorname .....	Geb.-Ort .....	Alter .....
<b>Anschrift</b>		
PLZ .....	Ort .....	Telefon/Mobil .....
Straße .....	Haus-Nr. ....	Familienstand .....
Nationalität .....		Religion .....
Frauenärztin/arzt .....	Krankenkassen-Nr. (IK) .....	Beruf .....
Hausärztin/arzt .....	Versicherungs-Nr. ....	Familiename Kind .....

## Ehe-/Partner:in oder Angehörige freiwillige Angabe

Name .....

Vorname .....

Telefon .....

Beruf .....

<b>Schwangerschaft</b>	<b>Blutgruppe</b> .....	<b>Rh-Faktor</b> .....
Gravidität .....	Antikörper .....	
Parität .....	Anti-D -Gabe .....	
ET .....	<b>Laborbefunde</b>	
Korrigierter ET .....	Chlamydien .....	
Korrigiert am .....	HBsAG .....	
Zykluslänge .....	Lues .....	
1. Tag der LP .....	Röteln .....	
Konzeptionsdatum .....	β-Streptokokken .....	
Lungenreife .....	Toxoplasmose .....	HIV .....
Allergien .....	OGTT 50 mg .....	75 mg .....
Aktuelle Medikamente .....		
Aktuelle Risiken in dieser Schwangerschaft .....		

Stationäre Aufenthalte in dieser Schwangerschaft: \_\_\_\_\_

**VORAUSGEGANGENE GEBURTEN**

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

**Eigenanamnese**

Größe \_\_\_\_\_  
Gewicht vor der Schwangerschaft \_\_\_\_\_  
Nikotin \_\_\_\_\_ Alkohol \_\_\_\_\_  
Bluthochdruck \_\_\_\_\_  
Diabetes \_\_\_\_\_  
Internistische Erkrankungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Operationen \_\_\_\_\_  
Blutungsneigung \_\_\_\_\_  
Bluttransfusionen \_\_\_\_\_  
Thrombose, Embolie \_\_\_\_\_  
Kinderwunschbehandlung \_\_\_\_\_  
Pränatale Diagnostik \_\_\_\_\_

Anmerkungen und Wünsche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Einbettzimmer gegen Zuzahlung

Familienzimmer gegen Zuzahlung

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Schwangeren

**Familienanamnese**

(Erkrankungen, die in Ihrer Familie/Partnerfamilie auftreten)

Fehlbildungen \_\_\_\_\_  
Bluthochdruck \_\_\_\_\_  
Diabetes \_\_\_\_\_  
Thrombose, Embolie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Internistische 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 Hebamme/Ärztin/Arzt