

ANMELDUNG ZUR ENTBINDUNG

Weißer Felder bitte ausfüllen.
Blaue Felder werden von der Klinik ausgefüllt.



KRANKENHAUS
MARIENSTIFT

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

GEBURTSETIKETT

Ehe-/Partner:in oder Angehörige
freiwillige Angabe

Name

Vorname

Telefon

Beruf

Berechneter Entbindungstermin

Schwangerschaft	Blutgruppe	Rh-Faktor
Gravidität	Antikörper	
Parität	Anti-D -Gabe	
Laborbefunde		
Korrigierter ET	Röteln geimpft	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Röteln Antikörper	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Korrigiert am	Influenza Impfung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zykluslänge	Chlamydien	neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>
1. Tag der LP	Lues, durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Konzeptionsdatum	HBsAG	neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>
Lungenreife	Toxoplasmose	neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>
Allergien	β-Streptokokken	neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>
Aktuelle Medikamente	OGTT 50 mg	75 mg
Aktuelle Risiken in dieser Schwangerschaft		

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 _____

Internistische 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 _____

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 der Schwangeren

Datum, Unterschrift Hebamme/Ärztin/Arzt