

# ANMELDUNG ZUR ENTBINDUNG

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



KRANKENHAUS  
MARIENSTIFT

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

**GEBURTSETIKETT**

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

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Berechneter Entbindungstermin \_\_\_\_\_

<b>Schwangerschaft</b>	<b>Blutgruppe</b> _____	<b>Rh-Faktor</b> _____
Gravidität _____	Antikörper _____	
Parität _____	Anti-D -Gabe _____	
<b>Laborbefunde</b>		
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