

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Brustzentrum
Beckenbodenzentrum

Chefarzt Dr. Thomas Noesselt
Sekretariat: 05151 97-1241; sigrid.drube@sana.de
Kreißaal: 05151 97-3640

Angaben der werdenden Mutter:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

geb. am: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geb.ort: _____

Straße: _____

Nationalität: _____

Religion: _____

Telefonnummer: _____

Beruf: _____

Name und Telefonnummer der Notfall-Kontaktperson: _____

Name der Krankenversicherung: _____

- Private Krankenversicherung mit Chefarzt-Behandlung 1-Bett-Zimmer
 2-Bett-Zimmer

Angaben über Kindsvater/Lebenspartner*in:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Nachname des Kindes: _____

Familienzimmer gewünscht (keine Zusage!)? Ja Nein

Name Frauenarzt/-ärztin: _____

Name nachsorgende Hebamme: _____

Name Kinderarzt/-ärztin: _____

Name Hausarzt/-ärztin: _____

Berechneter Entbindungstermin: _____ ggf. nach Verlauf korrigiert: _____

Letzte Periode: _____

War die Periode regelmäßig alle 28 Tage? Ja Nein

Verkürzt alle _____ Tage Verlängert alle _____ Tage unregelmäßig

Rauchen: Ja Nein

Anzahl pro Tag: _____

Alkohol: Ja Nein

Drogen: Ja Nein

Bisherige Geburten:

| Datum | Geschlecht m/w | Größe/ Gewicht | Schwanger- schafts-wo- che | Normale Ent- bindung/ Saugglocke/ Kaiserschnitt/ Zange? | Damm- riss/ Damm- schnitt | Entbindungsort (Welche Klinik/ Geburtshaus/ Hausgeburt?) | Probleme im Wochenbett? Wie lange gestillt? |
|-------|-------------------|-------------------|----------------------------------|---|------------------------------------|---|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Anzahl/Jahr Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche: _____

mit Nachcurettage/n (Ausschabung/en) Ja Nein

(Schwangerschafts-)Diabetes: Ja Nein diätetisch insulinpflichtig (IE/Tag)

Haben Sie behandlungsbedürftige Erkrankungen? (z. B. Nierenerkrankungen, Schilddrüsen-erkrankungen, Gerinnungsstörungen, o. Ä.) Ja Nein

Welche? _____

Sind Allergien bekannt (u.a. gegen Medikamente, Pflaster)? Ja Nein

Welche? _____

Frühere Operationen? Ja Nein

Welche? _____

Gab es Komplikationen mit der Narkose? Ja Nein

Welche Narkoseform? _____ Komplikation? _____

Hüftdysplasie? 1. Werdende Mutter Ja Nein

2. Kindsvater Ja Nein

3. Kindsgeschwister Ja Nein

**Sind in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Fehlbildungen, chronische o. Krebserkrankungen be-
kannt?** Ja Nein

Wer/ Welche? _____

Nehmen Sie Medikamente in der Schwangerschaft? Ja Nein

Welche? _____

Krankenhausaufenthalt in dieser Schwangerschaft:

| Von | Bis | Schwanger- schafts-wo- che | Grund |
|-----|-----|----------------------------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Besonderheiten oder Belastungen in der Schwangerschaft? Ja Nein

Welche? _____

Wir möchten Ihren Aufenthalt für Sie und Ihr Kind besonders angenehm, sicher und familienfreundlich gestalten. Dafür wurden wir von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Unicef als Babyfreundliche Klinik ausgezeichnet.

Wir bitten Sie, folgende Informationen „**rund ums Stillen**“, abrufbar unter dem Link:

<https://www.sana.de/hameln/medizin-pflege/gynaekologie-und-geburtshilfe/geburtsklinik/rund-ums-stillen> zur Kenntnis zu nehmen und uns diese zu bestätigen.

Darüber hinaus stehen wir Ihnen mit Beginn der Schwangerschaft jederzeit beratend zur Seite.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Informationen „**rund ums Stillen**“ zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Team der Integrativen Geburtshilfe

Vom Kreißsaal auszufüllen:

| | | |
|---------------------|------------------------|-------------------|
| Grav.: _____ | Para: _____ | Antikörper: _____ |
| Blutgruppe: _____ | Rh: _____ | |
| Rötel-Titer: _____ | HIV: _____ | |
| Hepatitis B: _____ | β-Streptokokken: _____ | |
| Chlamydien: _____ | LSR: _____ | |
| Toxoplasmose: _____ | oGTT: _____ | |

Die Anmeldung muss NICHT vor der Geburt eingereicht werden! Einfach in den Mutterpass legen!