

Angaben der werdenden Mutter

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ geb. am: _____

Wohnort: _____ Geb. Ort: _____

Straße: _____ Nationalität: _____

Religion: _____ Telefonnummer: _____

Telefonnummer Notfall-Kontaktperson: _____

Name Krankenversicherung: _____

gesetzliche Krankenversicherung versichert als Mitglied mitversichertes Familienmitglied

private Krankenversicherung :

mit Chefarzt-/Oberarzt-Behandlung 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer

Berufstätigkeit in dieser Schwangerschaft ja nein

Ausgeübter Beruf: _____

Angaben des Kindsvaters:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Name Ihrer Frauenärztin/ Ihres Frauenarztes: _____

Name der nachsorgenden Hebamme: _____

Bisherige Geburten:

Datum	Geschlecht	Normale Entbindung	Saugglocke/ Kaiserschnitt/ Zange?	Entbindungsort (Klinik o. Hausgeburt)	Probleme im Wochenbett/ gestillt?

Anzahl/ Datum Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche: _____

Bauchhöhlenschwangerschaften: _____

Haben Sie behandlungsbedürftige Erkrankungen? ja nein

Welche: _____

Sind Allergien bekannt? ja nein

Welche: _____

Frühere Operationen? ja nein

Welche: _____

Sind in Ihrer Familie Erb- o. Zuckerkrankheiten, chronische o. Krebserkrankungen bekannt?

ja nein

Wer/welche: _____

Nehmen Sie Medikamente in der Schwangerschaft? ja nein

Welche: _____

War die Periode regelmäßig alle 28 Tage? ja nein

Verkürzt alle _____ Tage Verlängert alle _____ Tage

Krankenhausaufenthalt in der _____ Schwangerschaftswoche

Wo / Warum: _____

Besonderheiten oder Belastungen in der Schwangerschaft? ja nein