

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: _____

Entbindungstermin: _____

KLINIKUM REGION HANNOVER GmbH | www.krh.eu
KLINIKUM AGNES-KARLL LAATZEN | KLINIKUM GROSSBURGWEDDEL | KLINIKUM LEHRTE | KLINIKUM NEUSTADT AM RÜBENBERGE | KLINIKUM NORDSTADT |
KLINIKUM OSTSTADT-HEIDEHAUS | KLINIKUM ROBERT-KOCH GEHRDEN | KLINIKUM SILOAH | KLINIKUM SPRINGE | GERIATRIE LANGENHAGEN | HAUTKLINIK LINDEN |
PSYCHIATRIE LANGENHAGEN | PSYCHIATRIE WUNSTORF | KRH SERVICEGESELLSCHAFT MBH |

GESELLSCHAFTER: REGION HANNOVER | SITZ DES UNTERNEHMENS: KLINIKUM REGION HANNOVER GmbH, IN DEN SIEBEN STÜCKEN 2-4, 30655 HANNOVER
GESCHÄFTSFÜHRER: KARSTEN HONSEL, RECHTSANWALT NORBERT OHNESORG, DR. FRIEDRICH VON KRIES | VORSITZENDER DES AUFSICHTSRATS: REGIONS RAT ERWIN JORDAN
BANKVERBINDUNG: SPARKASSE HANNOVER KTO.-Nr.: 257 400 (BLZ 250 501 80) | IBAN: DE67250501800000257400 | BIC: SPKHDE2HXXX
UST-IdNr.: DE 814473695 | HRB 62063 | AMTSGERICHT HANNOVER

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
