



Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH
Schlossberg Hebammen
Schloßhausstraße 100
89522 Heidenheim
Telefon: 07321 33-95300
E-Mail: info@schlossberghebammen.de

Anmeldebogen zur Geburt

Liebe werdende Mutter,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Hebammensprechstunde.

Ein Gespräch ist eine gute Basis für eine vertrauensvolle Geburt, weshalb wir uns in der Hebammensprechstunde gern Zeit für Sie nehmen. Sie können hierfür telefonisch mit uns einen Termin vereinbaren.

Sollten Sie keine zeitlichen Kapazitäten für unsere Hebammensprechstunde haben, können Sie uns den ausgefüllten Bogen gern per E-Mail zukommen lassen. Wir legen dann auf der Grundlage Ihrer Daten bereits eine Akte für Sie an.

Die Angaben werden zur möglichst optimalen gesundheitlichen Versorgung von Ihnen und Ihrem Baby genutzt. Selbstverständlich werden Ihre Daten dabei vertraulich behandelt.

Wir bitten Sie, den Bogen nach Möglichkeit vollständig auszufüllen.

Einige Angaben zu Ihrer Schwangerschaft entnehmen Sie bitte Ihrem Mutterpass.

Sollten Sie weitere Fragen haben, bringen Sie diese gern zur Hebammensprechstunde mit.

Gemeinsam werden wir dafür Antworten und Lösungen finden.

Wir freuen uns auf Sie

Die Schlossberg Hebammen

Anmeldebogen zur Geburt

Persönliche Angaben

Name, Vorname	
ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum	
Telefon / Mobil	

Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Versicherung	
	<input type="checkbox"/> Private Versicherung	
	<input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung	
Bei privater (Zusatz)Versicherung	<input type="checkbox"/> 1-Bett	
	<input type="checkbox"/> 2-Bett	
	Wahlärzt*in (Chefärzt*in)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Werden (bei privater Zusatzversicherung) Hebammenleistungen explizit ausgeschlossen ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Gynäkolog*in	Name	
	Ort	

Nachsorgehebamme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name	

Anamnese

Eigenanamnese

Blutgruppe	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	Rhesusfaktor	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ
------------	---	--------------	--

Größe		Gewicht (vor der Schwangerschaft)	
-------	--	-----------------------------------	--

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, wie viel?	

Allergien	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, welche?	

Eigene Vorerkrankungen (auch frühere)	Welche?
Diabetes (auch Gestationsdiabetes)	
Herz / Kreislauf / Lunge / Atemwege	
Schilddrüse / Kopf / Hals / Zähne / Haut	
Magen / Darm / Nieren / Harnblase / Genital	
Nerven / Knochen / Muskeln / Gelenke	
Psychisches und körperliches Befinden	
Gerinnungsstörungen / Thrombose / Embolie	
Hüftdysplasie (Spreizhose getragen?)	
Infektionserkrankungen	
Sonstiges	

Hatten Sie Operationen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, welche und in welchem Jahr?	
Gab es Komplikationen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, welche und bei welcher Operation?	
Hatten Sie Narkosen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, traten Probleme auf?	

Nehmen Sie Medikamente oder Schwangerschaftspräparate ein?
 Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Familienanamnese

Familiäre Vorerkrankungen (Eltern und Geschwister der Schwangeren und des Kindsvaters)	Welche und bei wem?
Diabetes (auch Gestationsdiabetes)	
Herz / Kreislauf / Lunge / Atemwege	
Schilddrüse / Kopf / Hals / Zähne / Haut	
Magen / Darm / Nieren / Harnblase / Genital	
Nerven / Knochen / Muskeln / Gelenke	
Psychisches und körperliches Befinden	
Gerinnungsstörungen / Thrombose / Embolie	
Hüftdysplasie (Spreizhose getragen?)	
Infektionserkrankungen	
Sonstiges	

Geburtshilfliche Anamnese

Hatten Sie Fehlgeburt(en) oder Abbrüch(e)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, geben Sie bitte jeweils an:

Jahr				
Fehlgeburt / Abbruch / Eileiter- schwangerschaft				
Schwangerschafts- woche				
Ausschabung?				
Weitere Besonderheiten				

Hatten Sie bereits frühere Geburt(en)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, geben Sie bitte für jedes Kind an:

Monat / Jahr				
Schwangerschafts- woche				
Geschlecht				
Modus (Spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke)				
Geburtsgewicht Kind				
Geburts- verletzungen				
Besonderheiten / Komplikationen				

Aktuelle Schwangerschaft

Schwangerschaftsmodus	<input type="checkbox"/> Einling	<input type="checkbox"/> Mehrlinge (Anzahl):
-----------------------	----------------------------------	--

Terminbestimmung

1. Tag der letzten Periode	
Berechneter Entbindungstermin (ET)	
ggf. korrigierter Entbindungstermin	

Laboruntersuchungen

Antikörpertests (AKS)	<input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Anti-D-Prophylaxe (bei Rhesus negativen Schwangeren)	<input type="checkbox"/> Verabreicht: <input type="checkbox"/> Nicht angeboten <input type="checkbox"/> Abgelehnt
Röteln-Antikörpertest	<input type="checkbox"/> Immunität anzunehmen <input type="checkbox"/> Immunität nicht anzunehmen <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Lues-Serologie (LSR)	<input type="checkbox"/> Durchgeführt <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt
HIV	<input type="checkbox"/> Durchgeführt <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt
Chlamydien (Chlamydia trachomatis)	<input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Positiv
HBs-Antigen / Hepatitis B-Antigen (HBsAg)	<input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Positiv
B-Streptokokken (GBS)	<input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Positiv

Stationärer Aufenthalt in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, Zeitraum und Grund	

Voruntersuchungen in der bisherigen Schwangerschaft

Erste Untersuchung (Datum)		
Erster Ultraschall (Datum)		
Gestationsdiabetes Vortest (50g OGT)	<input type="checkbox"/> Durchgeführt <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig
Gestationsdiabetes Diagnosetest (75g OGTT)	<input type="checkbox"/> Durchgeführt <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig

Besonderheiten in der bisherigen Schwangerschaft

Gibt es Besonderheiten in Ihrer Schwangerschaft, die Sie bisher noch nicht eintragen konnten?
(z.B. Plazentasitz, Blutungen, vorzeitige Wehentätigkeit, Doppler, Fehlbildungen etc.)

An die Hebammen

Hier finden Sie Platz, um uns Ihre Wünsche oder Sorgen bzgl. der Geburt oder dem Wochenbett mitzuteilen:

Möglichkeit für weitere Mitteilungen an das Hebammenteam bei Bedarf:

Vielen Dank und wir freuen uns, Sie bald bei uns begrüßen zu dürfen!

Die Schlossberg Hebammen