

Aufnahmebogen Geburtshilfe

Ihre persönlichen Daten
Name
Vorname
Titel
Geburtsdatum
Beruf*
Straße
PLZ, Wohnort
Telefon
Familienstand*
Konfession*
Sprachen

Partner/Bezugsperson*
Name
Vorname
Titel
Geburtsdatum*
Beruf*
Telefon
Mit- und weiterbetreuende Ärzte und Hebammen
Gynäkologe/ einweisender Arzt
Nachsorgende Hebamme
Weiterbetreuender Kinderarzt

Bei eingeschränkten Deutschkenntnissen: Wer kann ggf. übersetzen? (Name & Telefonnummer)*

Krankenversicherung	
Name der Krankenkasse	ggf. private Zusatzversicherung
Versicherungsnummer	Versicherungsnummer

Wahlleistungen	<i>Wahlleistungen werden entweder von einer privaten Krankenversicherung oder durch freiwillige Zuzahlung getragen.</i>	
<input type="checkbox"/> 1 Bett Zimmer (sofern verfügbar)	<input type="checkbox"/> wahlärztliche Leistungen	<input type="checkbox"/> Familienzimmer (sofern verfügbar)

*Freiwillige Angaben

➔ Bitte beachten Sie, dass eine Voranmeldung für Einzel- und Familienzimmer leider nicht verbindlich möglich ist. In Abhängigkeit der Belegung unserer Stationen werden wir uns bemühen, Ihren Wunsch umzusetzen.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift

(Patientenetikett)

Anamnesebogen/ Gravidogramm

Letzte Periode	Errechner Termin	ggf. Terminkorrektur

Gewicht vor der Schwangerschaft (kg)		Kinderwunschbehandlung:	<input type="checkbox"/> Clomifentherapie <input type="checkbox"/> Insemination
Körpergröße (cm)		<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI	Embryonentransfer erfolge am:

→ Der folgende Abschnitt (Blutuntersuchungen) wird von Arzt oder Hebamme in der Helios HSK ausgefüllt:

Blutgruppe und Rhesusfaktor	AK-Suchtest	Hepatitis B (HBsAG)	Röteln-AK
		<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv	IU/ml
ggf. Anti-D-Prphylaxe am:		Datum der Untersuchung:	<input type="checkbox"/> 2x Impfung nachgewiesen Immunität: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> fraglich

Sind bei Ihnen Allgemeinerkrankungen bekannt? (z.B. Herz, Lunge, Nieren, Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsenüber- oder unterfunktion, etc.)

Gibt es in Ihrer Familie schwere, bzw. erbliche Erkrankungen? (z.B. Fehlbildungen, genetische Erkrankungen, Diabetes mellitus, psychische Erkrankungen, Herzerkrankungen, etc.)

Sind bei Ihnen Gerinnungsstörungen (Blutungs- oder Thromboseneigung) bekannt? Welche?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Welche?

Haben oder hatten Sie behandlungsbedürftige psychische Belastungen/Erkrankungen?
 Wenn ja: Welche? (z.B. Angststörungen, Depressionen, Psychosen, etc.)

Sind bei Ihnen Skelettanomalien bekannt? (z.B. Kleinwuchs, Bandscheibenvorfälle, Hüftdysplasie, etc.?)

Hatten Sie jemals eine Bluttransfusion? Wenn ja: Wann und aus welchem Anlass?

(Patientenetikett)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja: welche und wie dosiert?

Präparat	Dosierung (z.B. mg)	Morgens	Mittags	Abends

Präparat	Dosierung (z.B. mg)	Morgens	Mittags	Abends

Hatten Sie bereits Operative Eingriffe/ Narkosen? (z.B. Bauchspiegelung, Ausschabung, Blinddarm, etc.)



Jahr	Art der Operation	Indikation (Grund für die OP)	Komplikationen (z.B. Blutungen, Wundheilungsstörung, etc.)	Klinik

Konsumieren Sie regelmäßig eine der folgenden Substanzen?

Nikotin:		Zigaretten pro Tag				
Alkohol:		Gläser Wein/Bier/andere:		<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro Woche	<input type="checkbox"/> pro Monat
Drogen:		Anwendungen pro Tag	Name der Droge:			

Frühere Schwangerschaften:

Geburten Ihrer Kinder:

Jahr	SSW	Entbindungsart (Spontan, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt)	 / 	Geburts- Gewicht	Besonderheiten (Geburtsverletzungen, Blutung, Lösungsstörung der Plazenta, PDA, etc.)	Geburts- Klinik

Fehlgeburten, Abbrüche, Eileiterschwangerschaften:

Jahr	SSW	Art/ Verlauf (Natürlicher Abgang, medizinische Indikation, etc.)	Curettage (Ausschabung)	Besonderheiten (starke Blutung, andere Komplikationen)	Klinik

(Patientenetikett)

Besonderheiten und Befunde im Verlauf dieser Schwangerschaft:

ggf. Ergänzungen/Erläuterungen

Allgemeinerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Mehrlingsschwangerschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
vorzeitige Wehen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Cervixinsuffizienz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
vaginale Blutung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Plazenta Praevia	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ödeme (<i>Wassereinlagerungen</i>)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Eiweißausscheidung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Terminunklarheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Quer- oder Beckenendlage	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Psychische Belastung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Auffällige Laborbefunde	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Plazentainsuffizienz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
auffällige Fruchtwassermenge	<input type="checkbox"/> zu viel <input type="checkbox"/> zu wenig	
B-Streptokokken-Test positiv	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Datum der Untersuchung: <input style="width: 100px;" type="text"/>
Sonstige Besonderheiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Ist ein oGTT (oraler Glucose-Toleranz-Test), d.h. ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes durchgeführt worden?

nein

ja

Datum:

Ergebnis:

Gestationsdiabetes

kein Gestationsdiabetes

Im Falle eines insulinpflichtigen Gestationsdiabetes: Welches Insulin spritzen Sie? Wann?

Präparat	i.E. / Morgens	i.E. Mittags	i.E. Abends	i.E. zur Nacht
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				

Wurde eine Pränataldiagnostik durchgeführt?

nein

ja Welche:

<input type="checkbox"/> Nackentransparenzmessung	Auffälligkeiten:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Erst-Trimenster-Screening	<input type="checkbox"/> Triple-Test	Auffälligkeiten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Amniocentese	<input type="checkbox"/> Chorionzottenbiopsie	Auffälligkeiten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Fehlbildungssonografie/Feindiagnostik	Auffälligkeiten:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Bluttest auf Chromosomenstörungen (z.B. <i>PraenaTest</i> oder <i>Panorama-Test</i>)	Auffälligkeiten:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> andere: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Auffälligkeiten:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wurden bei Ihrem Kind Besonderheiten, Erkrankungen oder Fehlbildungen festgestellt? Welche?