

Selbstauskunft – Anmeldung zur Entbindung in der Helios Klinik Wipperfürth ab der 30 SSW

Senden Sie uns diesen **Fragebogen** und eine **Kopie des Mutterpasses** sowie eventuell wichtige Vorbefunde/Arztbriefe auf einem der folgenden Wege zu:

Postanschrift: Helios Klinik Wipperfürth, Kreißsaal, Alte Kölner Straße 9, 51688 Wipperfürth
Mail: gm-kreissaal-sprechstunde@helios-gesundheit.de (bevorzugter Weg)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Betreuende Frauenärztin/der betreuende Frauenarzt: _____

Gesetzlich oder privat versichert? _____

Sollten Sie privat versichert sein:

Mit Anrecht auf Chefarztbehandlung? _____ Nein/Ja

Hebammenbetreuung in Schwangerschaft: Nein / Ja Name Hebamme: _____

Hebammennachsorge: Nein / Ja Name Hebamme: _____

Voraussichtlicher Entbindungstermin lt. Mutterpass:

=====

Möchten Sie ein Familienzimmer nutzen, sollte die Möglichkeit bestehen? Nein/ Ja

Coronavirus

Leider müssen wir gleich am Anfang ein paar Fragen zum Infektionsrisiko Coronavirus Covid-19 stellen. Selbstverständlich betreuen wir Sie auch im Falle einer Infektion oder eines Verdachtes in unserer Klinik uneingeschränkt gern. Die Risikoabfrage dient lediglich dazu, um für Sie, Ihr Kind, andere Schwangere und das Personal so sicher wie möglich zu verfahren.

Sind Sie geimpft? Nein / Ja Wann? _____ Womit? _____

Sind Sie genesen? Nein / Ja

Angaben zu zurückliegenden Schwangerschaften/ Geburten/Wochenbett

Anzahl zurückliegender Geburten:

Anzahl Fehlgeburten / Abbrüche / Eileiterschwangerschaften:

Darunter Fehlgeburten nach der 14. Schwangerschaftswoche? Wenn ja, nähere Angaben:

Jahr	War es eine Frühgeburt < 37 Wochen? Wenn ja, welche Woche?	Geburt wie? Normal, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange	Hatten Sie Geburtsverletzungen?	Geburtsort und Geburtsgewicht	Gab es Probleme bei Schwangerschaft / Geburt / Wochenbett?	Ist das Kind gesund? Wenn nicht, bitte nähere Angaben

Haben Sie bereits Stillfahrung? Nein/ Ja Wie lange haben Sie gestillt? _____

Möchten Sie stillen? Nein/ Ja unsicher

Weitere Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften, die Ihnen wichtig erscheinen:
(Wenn nicht ausreichend Platz eine Anlage erstellen)

Angaben zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Nein / Ja
Wenn ja, welche:

Sind Sie Raucherin? Nein/ Ja
Wenn ja, bitte Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag angeben: _____ pro Tag

Gibt es in Ihrer Familie Vorerkrankungen (Diabetes u.ä.) oder sonstige Vererbungen, die Ihnen bekannt sind? Nein / Ja
Wenn ja, welche:

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose? Nein / Ja
Wenn Ja, nähere Angaben:

Haben Sie eine verstärkte Blutungsneigung? Nein / Ja
Haben Angehörige von Ihnen eine verstärkte Blutungsneigung (die nicht durch Medikamente bedingt ist)
Wenn ja, nähere Angaben:

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? Nein / Ja
Wenn ja, nähere Angaben: (z.B. Diabetes, Epilepsie, Erkrankungen, Herz, Niere, Darm, Schilddrüse, Blutdruck, Depressionen,...)

Wurden Sie schon einmal operiert? Nein / Ja

Wenn ja, welche Operationen wurden bei Ihnen bisher durchgeführt?

Wann wurden diese Operationen durchgeführt?

Haben Sie die Narkose gut vertragen? Nein/ Ja
Welche Art der Narkose haben Sie erhalten? _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Nein / Ja

Wenn ja, welche? (Hier nicht Vitamine, Folsäure, Jod usw., die vorsorglich für die Schwangerschaft sind.)

Dosierung? _____ Wie oft? _____

Angaben zur aktuellen Schwangerschaft

Pränataldiagnostik: Erfolgt über die normale Vorsorge hinaus spezielle vorgeburtliche Untersuchungen?

- Ersttrimesterscreening
- Ultraschall zum Fehlbildungsausschluss
- Fruchtwasserpunktion / Chorionzotendiagnostik
- Nichtinvasiver Pränataltest (Blutprobe der Mutter zur Chromosomendiagnostik des Kindes, z.B. Fetalis-, Harmony-, Veracity-Test)

Gab oder gibt es Besonderheiten bei bisher durchgeführten Ultraschalluntersuchungen? Nein / Ja

Schwangerschaftsrisiken: Sind Probleme oder auffällige Befunde in der Schwangerschaft aufgetreten?
(Wenn ja, bitte ankreuzen)

- Mehrlingsschwangerschaft
- Schwangerschafts-Bluthochdruck(Präeklampsie)
- Schwangerschaftsdiabetes („Zuckerkrankheit“):

- >Wenn Ja: ohne Insulin oder mit Insulinbedarf (**Bitte die Blutzuckerwerte übermitteln, Kopie des Zuckerheftes beifügen.**)

- Minderwachstum des Kindes (Kind zu klein)
 - Das Kind liegt bisher nicht in Schädellage
 - Andere Probleme / Risiken:
-

Kontaktdaten Ihres Partners/ nächster Angehöriger	

Name, Vorname	

Telefonnummer	

10. Gibt es spezielle Wünsche zu Ihrer bevorstehenden Entbindung? (eventuell Anlage verwenden) _____ Datum und Unterschrift der Schwangeren <i>bzw. des Sorgeberechtigten</i>	WIRD VOM PERSONAL AUSGEFÜLLT
	Eingang Datum / HZ: _____
	SSW aktuell: _____
	Akte angelegt: _____
	Vorstellung notwendig: <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja
	Grund: _____
	Patn. Informiert: <input checked="" type="checkbox"/> Ja / _____
	Wann? / Wie?: _____
	Termin Vorstellung: _____

... Bitte nicht vergessen, uns die Kopie des Mutterpasses zu senden!...