

Selbstauskunft – Anmeldung zur Entbindung in der Helios Klinik Wipperfürth

Im Normalfall bitte den Bogen im Zeitraum 34 – 36 Schwangerschaftswochen ausfüllen!

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

Postanschrift: Sekretariat der Geburtshilfe, Alte Kölner Straße 9, 51688 Wipperfürth

Mail: Kreissaal.Wipperfuerth2@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

Mit Anrecht auf Ein-Bett oder Zwei-Bett-Zimmer? _____

Hebammenvorbereitung: Nein / Ja Name Hebamme: _____

Hebammennachsorge: Nein / Ja Name Hebamme: _____

Haben Sie schon einen Kinderarzt: Nein / Ja Name Arzt: _____

Voraussichtlicher Entbindungstermin lt. Mutterpass:

=====

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

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.

Ist oder war bei Ihnen eine Corona-Infektion bekannt? _____ Nein / Ja

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Fieber, Atemnot oder Husten? _____ Nein / Ja

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten? Nein / Ja

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit nachgewiesener Infektion: Nein / Ja

Angaben zu zurückliegenden Schwangerschaften

Anzahl zurückliegender Geburten:

Anzahl Fehlgeburten / Abbrüche / Eileiterschwangerschaften:

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

Angaben zu den zurückliegenden Schwangerschaften / Geburten / Wochenbett

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

Wo haben Sie bisher entbunden? _____

Haben Sie bereits Stillföhrung? Nein/ Ja

Möchten Sie stillen? Nein/ Ja

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

Angaben zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte

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

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

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

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

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

6. 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? _____

7. Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Nein / Ja
Wenn ja, welche? (Hier nicht Vitamine, Folsäure, Jod usw.,
die vorsorglich für die Schwangerschaft sind.)

Angaben zur aktuellen Schwangerschaft

7. 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)

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

9. 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!...