

Anmeldung zur Entbindung

Name:		Vorname:					
Geburtsdatum:		verheiratet		ledig		geschieden	
Straße:							
PLZ:			Wohnort:				
Tel.-Nr.:			Beruf:				
Nächster Angehöriger (Im Notfall zu benachrichtigen): Tel.:							
Krankenkasse:				Chefarztversicherung/Privat:			
Betreuender Frauenarzt:							
Schwangerschaft							
Entbindungstermin:			Entbindungstermin korrigiert?				
Letzte Regel:							
Körpergröße:			Gewicht:				
Allergien:							
Vorangegangene Operationen:							
Vorerkrankungen:							
Medikamente:							
Schwangerschaftsdiabetes:		nein		ja, diätetisch		insulinpflichtig	
Blutgerinnungsstörung:		nein		ja, welche?			
Bisherige Geburten							
Jahr	Name Krankenhaus	Geburtsart (spontan/ Zange/ Saugglocke (VE)/ Kaiserschnitt (prim./sec.)/ Fehlgeburten/ Abbrüche	Schwanger- schaftswoche	Gewicht + Geschlecht	Besonderheiten (z.B. Blutungen, CTG- Auffälligkeiten, Epi/DR etc.)		
Besonderheiten im bisherigen Schwangerschaftsverlauf:							

Datum _____

Aufnahme durch Hebamme _____