

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: (Name und Nr.) \_\_\_\_\_

Versichertennummer (auf Karte der Krankenkasse): \_\_\_\_\_

Frauenarzt: \_\_\_\_\_ Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Hebamme: \_\_\_\_\_

**Bitte zutreffendes ankreuzen bzw. wichtiges auf der Linie ergänzen!**Eigene Erkrankungen:  Diabetes  Bluthochdruck  O chron. SchilddrüsenerkrankungFamiliäre Erkrankungen:  Diabetes  Bluthochdruck  O Fehlbildungen / Behinderungen

Eigene oder familiär bekannte psychische Erkrankungen/ Soziale Belastungen: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Dauerhafte Medikamenteneinnahme: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Einschließlich jetzt:** Wie oft waren Sie schwanger? \_\_\_\_\_ Wie viele Geburten haben Sie erlebt? \_\_\_\_\_Gab es Probleme in **vorherigen Schwangerschaften /Geburten /Wochenbett** (Frühgeburt, Sectio, Blutungen, Depression)? \_\_\_\_\_**Diese Entbindung betreffend** Wann wäre der errechnete Termin gewesen? (ET) \_\_\_\_\_Datum der Geburt: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_  Spontan  Sectio  VE

Geburtsverletzungen (Scheiden- oder Dammriss): \_\_\_\_\_

Welche Klinik? \_\_\_\_\_ Datum der Entlassung ? \_\_\_\_\_

Sonstige Besonderheiten:  PDA  Einleitung  O Plazentalösungsstörung Hb-Wert \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht des Kindes: \_\_\_\_\_

Apgar \_\_\_\_\_ Na-pH \_\_\_\_\_  gestillt  O Flasche (Nahrung) \_\_\_\_\_**Falls bekannt:** Gewicht des Kindes bei Entlassung \_\_\_\_\_ Besonderheiten: (Infektion, Gelbsucht, Kinderklinik) \_\_\_\_\_