

Anmeldung zur Entbindung

Liebe werdende Eltern,

Sie haben sich für eine Entbindung im DIAKOVERE Friederikenstift entschieden.

Über diese gute Entscheidung freuen wir uns.

Bitte senden Sie die ausgefüllte Anmeldung ab der ca. 27. Schwangerschaftswoche per E-Mail (Adresse oben) an uns zurück.

Wir wünschen Ihnen eine schöne Schwangerschaft und freuen uns auf Sie!

NAME	VORNAME		GEBURTSDATUM	
WOHNORT	PLZ	STRASSE		
TELEFON	MOBIL			
BERUF	HERKUNFTSLAND			
FAMILIENSTAND	NAME EHE-/PARTNER*IN			
BERUF EHE-/PARTNER*IN	TELEFON		MOBIL	
ERRECHNETER GEBURTSTERMIN	KRANKENKASSE			
GEWÜNSCHTE WAHLLLEISTUNGEN	1-BETT-ZIMMER	ÄRZTLICHE LEISTUNGEN		FAMILIENZIMMER
FRAUENARZT/-ÄRZTIN	BETREUENDE HEBAMME			
KINDERARZT/-ÄRZTIN (GEPLANT)				

LETZTE REGEL	GRÖSSE	GEWICHT VOR SCHWANGERSCHAFT		
VORERKRANKUNGEN				
ALLERGIEN				
BESONDERE ERKRANKUNGEN (FAMILIE)	HÜFTERKRANKUNG	ANDERE		
OPERATIONEN	MEDIKAMENTE			RAUCHERIN

GEBURTEN BISHER							
DATUM	WOCHEN	GEWICHT KIND	GESCHLECHT	KOMPLIKATIONEN		DAUER	
						GESTILLT	
						GESTILLT	
						GESTILLT	
						GESTILLT	

FEHLGEBURTEN	DATUM	WOCHEN	DATUM	WOCHEN	DATUM	WOCHEN
SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE						

BEMERKUNGEN UND WÜNSCHE

BESONDERHEITEN IM BISHERIGEN SCHWANGERSCHAFTSVERLAUF



DIAKOVERE

Am Anfang ist der Mensch

Geburtsprotokoll

NAME _____

GEBURTSDATUM _____

VORNAME _____

ALTER _____

ET	GRAV-/PARA	BLUTGRUPPE
HbsAg DATUM	STREPTOKOKKEN	GESTATIONS DIABETIS
positiv	positiv	dGDM
negativ	negativ	iGDM
im Krankenhaus abgenommen	unbekannt	Typ 1 Diabetes
BESONDERHEITEN		
ALLERGIEN		

AKTUELLES ETIKETT

ADRESSE _____

TELEFON _____

MOBIL _____

BERUF _____

HERKUNFTSLAND _____

FAMILIENSTAND

EHEMANN/PARTNER BERUF _____ TELEFON _____ MOBIL _____

KRANKENKASSE _____

WAHLLLEISTUNG _____ 1-BETT-ZIMMER _____ ÄRZTLICHE LEISTUNGEN _____ FAMILIENZIMMER _____

FRAUENARZT /-ÄRZTIN _____

BETREUENDE HEBAMME _____

KINDERARZT/-ÄRZTIN (GEPLANT) _____

Anamnese

NAME _____ GEBURTSDATUM _____

VORNAME _____ ALTER _____

GEWICHT VORHER _____ GEWICHT AKTUELL _____ DATUM _____ GRÖSSE _____

ABUSUS _____ RAUCHERIN _____ ANZAHL _____

HIV-TEST _____ DURCHGEFÜHRT _____ NICHT DURCHGEFÜHRT _____ CHLAMYDIEN _____ TOXOPLASMOSE _____ CMV _____

FAMILIENANAMNESE _____ HÜFTGERANKUNG _____

EIGENANAMNESE _____

OPERATIONEN _____

MEDIKAMENTE _____

FEHLGEBURTEN

_____ | _____
DATUM | SSW

_____ | _____
DATUM | SSW

_____ | _____
DATUM | SSW

SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE

_____ | _____
DATUM | SSW

_____ | _____
DATUM | SSW

_____ | _____
DATUM | SSW

GEBURTEN BISHER

DATUM	SSW	GEWICHT KIND	GESCHLECHT	KOMPLIKATIONEN	GESTILLT	DAUER
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

WÜNSCHE ZUR GEBURT _____