

## Anmeldung zur Entbindung

Liebe werdende Eltern,  
Sie haben sich für eine Entbindung im Friederikenstift Hannover entschieden. Über diese gute Entscheidung freuen wir uns. Bitte senden Sie die ausgefüllte Geburtsanmeldung ab der ca. **27. Schwangerschaftswoche** per E-Mail an **Entbindung.DKF@diakovere.de** 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                | VERHEIRATET        | LEDIG                | GESCHIEDEN     | GETRENNT LEBEND |
| EHEMANN/PARTNER              | BERUF              | TELEFON              | MOBIL          |                 |
| ERRECHNETER GEBURTSTERMIN    | KRANKENKASSE       |                      |                |                 |
| WAHLELEISTUNG                | 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 |
|                          |        |              |            |                | DATUM | WOCHEN | DATUM    |
| FEHLGEBURTEN             |        |              |            |                |       |        |          |
| SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE |        |              |            |                |       |        |          |

---

BEMERKUNGEN UND WÜNSCHE

  
  

BESONDERHEITEN IM BISHERIGEN SCHWANGERSCHAFTSVERLAUF

Mit der Rücksendung dieses ausgefüllten Fragebogens sind Sie zur Entbindung im Friederikenstift angemeldet. Sie benötigen und erhalten keine zusätzliche Bestätigung.

# Geburtsprotokoll

NAME \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

VORNAME \_\_\_\_\_

ALTER \_\_\_\_\_

|                              |               |                     |
|------------------------------|---------------|---------------------|
| ET                           | GRAV-/PARA    | BLUTGRUPPE          |
| HbSag DATUM                  | STREPTOKOKKEN | GESTATIONS DIABETIS |
| positiv                      | positiv       | dGDM                |
| negativ                      | negativ       | iGDM                |
| im Krankenhaus<br>abgenommen | unbekannt     | Typ 1 Diabetes      |
| BESONDERHEITEN               |               |                     |
| ALLERGIEN                    |               |                     |

AKTUELLES ETIKETT

ADRESSE \_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_

MOBIL \_\_\_\_\_

BERUF \_\_\_\_\_

HERKUNFTSLAND \_\_\_\_\_

FAMILIENSTAND      VERHEIRATET      LEDIG      GESCHIEDEN      GETRENNT LEBEND

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 \_\_\_\_\_ HÜFTKRANKUNG \_\_\_\_\_

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 |

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

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

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

WÜNSCHE ZUR GEBURT \_\_\_\_\_