

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** 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 positiv negativ im Krankenhaus abgenommen	STREPTOKOKKEN positiv negativ unbekannt	GESTATIONS DIABETIS dGDM iGDM 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 _____