

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			
WAHLEISTUNG	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

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



DIAKOVERE

Am Anfang ist der Mensch

Geburtsprotokoll

NAME _____

GEBURTSDATUM _____

VORNAME _____

ALTER _____

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

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 _____