

Selbstauskunft Voranmeldung Geburt

Ablauf:

- Füllen Sie den Bogen aus
- Kopieren / scannen Sie ihren Mutterpass
- Kopieren / scannen Sie alle Arztbefunde (Feindiagnostik, Gerinnung, Arztbriefe,...)
- Füllen Sie den Fragebogen aus, bei Unsicherheiten Ihrerseits fragen Sie ihre Hebamme / Frauenarzt
- Lassen Sie sich prophylaktisch einen Überweisungsschein zur Geburtsplanung von ihrem Frauenarzt aushändigen

Zusendungsmöglichkeiten aller Dokumente:

- **Postalisch:**

Klinikum St. Georg gGmbH
Kreißaal
Delitzscher Straße 141
04129 Leipzig

- **Faxmöglichkeit direkt in den Kreißaal:** 0341 / 9093522
- **E-Mail in den Kreißaal:** elternschule@sanktgeorg.de

Bei Rückfragen unsererseits werden wir Sie telefonisch kontaktieren. Bitte achten Sie deswegen auf eine genaue Angabe ihrer Kontaktdaten.

Minderjährige Schwangere müssen gemeinsam mit der sorgeberechtigten Person unterschreiben.

Ihr Kreißaalteam des Klinikum St. Georgs wünscht Ihnen noch eine schöne Schwangerschaft.

Fragebogen zur Anmeldung für die Entbindung im Klinikum St. Georg gGmbH

Stand: 19.03.2020

Angaben zu vorausgegangenen Schwangerschaften

Anzahl Fehlgeburten:

Anzahl Schwangerschaftsabbrüche:

Anzahl Eileiterschwangerschaften:

Gab es dabei eine operative Nachtastung? Ja / Nein

Datum	Schwangerschaftswoche	Spontangeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt	Geburtsverletzung, Dammschnitt, Risse	Geschlecht Ist ihr Kind gesund?	Gewicht	Gab es Probleme bei Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett?

Wenn Sie weitere Dinge zu ihren Schwangerschaften angeben möchten, dann können Sie dies gern hier angeben!

Angaben zu Ihrer Krankheitsgeschichte

1. Wurden Sie bereits schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, welche Operationen und gab es Narkoseschwierigkeiten?
(Vor allem Operationen an der Gebärmutter / Eileiter.)

2. Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten? Ja Nein
Wenn ja, wann und gab es dabei Komplikationen:

3. Haben Sie Allergien? Ja Nein
(z.Bsp.: Medikamente, Pflaster, Antibiotika, Latex)
Wenn ja, welche:

4. Neigen Sie zu verstärkten Blutungen? Haben Sie oder ihre Angehörigen eine erhöhte Blutungsneigung bzw. eine bekannte Gerinnungsstörung?
 Ja Nein

5. Haben Sie eine Vorerkrankung? Ja Nein
(z.Bsp.: Diabetes, Epilepsie, Organerkrankungen, erhöhter Blutdruck,...)

6. Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche:
(Eisen, Magnesium, Iod, Insulin, Fragmin, Heparin,...)

7. Lagen Sie in dieser Schwangerschaft schon einmal im Krankenhaus?
 Ja Nein
Wenn ja, warum:

8. Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit?
(z.Bsp.: Hepatitis, HIV, Tuberkulose) Ja Nein

9. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?
Wenn ja, welche Stärke: Ja Nein

10. Rauchen Sie?
Wenn ja, wieviel täglich: Ja Nein

11. Trinken Sie täglich Alkohol?
Wenn ja, wieviel: Ja Nein

12. Nehmen oder nahmen Sie Drogen?
Wenn ja, welche und den Zeitraum: Ja Nein

Angaben zur aktuellen Schwangerschaft

Größe:

Gewicht vor der Schwangerschaft:

13. Pränataldiagnostik: Erfolgten weitere Untersuchungen außer die normale Vorsorge?

(Bitte ankreuzen)

- Ersttrimesterscreening
- Ultraschall zum Fehlbildungsausschluss
- Fruchtwasserpunktion / Chorionzottenbiopsie
- Nichtinvasiver Pränataltest (Blutprobe der Mutter zur Chromosomendiagnostik des Kindes Bsp. Harmonytest)

14. Gab es bei den Untersuchungen Auffälligkeiten?
evtl. bei Ihrem Kind, dem Fruchtwasser oder der Placenta? Ja Nein

15. Sind bei Ihnen Risikofaktoren bekannt? (Bitte ankreuzen)

- Mehrlingsschwangerschaft
- Schwangerschaftszucker
wenn ja:
mit/ ohne Insulin
- erhöhter Blutdruck
- Zustand nach Präeklampsie / HELLP
- vorausgegangener Kaiserschnitt
- Kind liegt **nicht** in Schädellage
- liegt die Placenta (Mutterkuchen) **vor** dem Muttermund

16. Haben Sie besondere Wünsche für die Geburt?
Wenn nötig dann extra Zettel verwenden.

Datum

Unterschrift

Persönliche Angaben Ihrerseits:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

Familienstand: _____

Letzte Regel: _____

Entbindungstermin: _____

Begleitperson:

Name: _____

Vorname: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Vom Personal auszufüllen:

Eingang Fragebogen: _____

Aktuelle SSW: _____

Risiko vorhanden: ja/nein

Vorstellung nötig? Ja/nein

Grund: _____

Datum

Unterschrift

Tel. Information: _____

Datum

Planungstermin: _____

Datum

Uhrzeit