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 Hebammme / Frauenarzt
- Lassen Sie sich prophylaktisch einen Überweisungsschein zur Geburtsplanung von ihrem Frauenarzt aushändigen

Zusendungsmöglichkeiten aller Dokumente:

- Postalisch:
  Klinikum St. Georg gGmbH
  Kreißsaal
  Delitzscher Straße 141
  04129 Leipzig

- Faxmöglichkeit direkt in den Kreißsaal: 0341 / 9093522

- E-Mail in den Kreißsaal: 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 Kreißsaalteam 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Schwangerschaftswoche</th>
<th>Spontangeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt</th>
<th>Geburtsverletzung Dammschnitt, Risse</th>
<th>Geschlecht</th>
<th>Ist ihr Kind gesund?</th>
<th>Gewicht</th>
<th>Gab es Probleme bei Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

____________________________________________________________________
____________________________________________________________________
____________________________________________________________________

3. Haben Sie Allergien?
   (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?
   (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:

11. Trinken Sie täglich Alkohol? Wenn ja, wie viel:

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

Angaben zur aktuellen Schwangerschaft

Größe: Gewicht vor der Schwangerschaft:

13. Pränataldiagnostik: Erfolgen weitere Untersuchungen außer die normale Vorsorge? (Bitte ankreuzen)
   ○ Erstrimesterscreening
   ○ Ultraschall zum Fehlbildungsausschluss
   ○ Fruchtwasserpunktion / Chorionzottenbiopsie
   ○ Nichtinvasiver Pränataltest (Blutprobe der Mutter zur Chromosomendiagnostik des Kindes Bsp. Harmonytest)
☐ Ja  ☐ Nein

________________________________________________________________________________________________________

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

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


_________________________________________   ___________________________________
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