# Formular Geburtsanmeldungen online:

Um Sie bestmöglich unter der Geburt und kurz danach unterstützten zu können, benötigen wir wichtige Informationen über Ihre aktuelle Schwangerschaft und über Ihre medizinische Vorgeschichte. Deshalb bitten wir Sie um eine sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen.

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Dokument per **E-Mail** an Geburtsanmeldung@uk-essen.de.

**Bei Fragen: Schwester Jana 0201 723 85226**

Bitte alle Seiten vom Mutterpass kopieren/scannen/fotografieren zur aktuellen Schwangerschaft und als Datei anhängen.

Nach Bearbeitung Ihrer Online-Anmeldung werden wir uns nur bei Vorliegen von bestimmten Risiken und Besonderheiten bei Ihnen melden zwecks Nachfragen und ggf. um einen persönlichen Termin zu vereinbaren.

AlleMitarbeiter/-innen unterliegen der Schweigepflicht! Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

**Anrede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nachname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Geburtsname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Straße u. Hausnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PLZ u. Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**In dieser Schwangerschaft berufstätig? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Religion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefonnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nationalität:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Familienstand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Leben Sie zurzeit in einer festen Partnerschaft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name / Vorname des Partners: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alter/Geb.Datum des Partners: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Beruf des Partners: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefonnummer des Partners: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Erster Tag der letzten Periode: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Errechneter Entbindungstermin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Korrigierter Entbindungstermin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Betreuender Frauenarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Betreuende Hebamme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Weitere Bezugspersonen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kontaktdaten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name ihrer Krankenkasse (auf ihrer Gesundheitskarte):**

Versichertennummer: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Haben Sie eine private Zusatzversicherung:

1 Bett 2 Bett Chefarzt

Wie groß sind Sie? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Gewicht ***vor*** der aktuellen Schwangerschaft: \_\_\_\_\_

Aktuelles Gewicht:\_\_\_\_:

**Besteht aktuell eine Mehrlingsschwangerschaft**? nein ja,

Wenn ja: Zwillinge Drillinge

1 Mutterkuchen

2 Mutterkuchen

Künstliche Befruchtung: nein ja, durch: Stimulation Insemination ICSI IVF

**Blutgruppe mit Rhesus Faktor:**

**Besondere Untersuchungen in der SS:**

Ersttrimester­Screening (Nackenfalte-Messung)

NIPT (z.B. Harmony®, PraenaTest®, Fetalis ®)

Organscreening

Fruchtwasserpunktion

Chorionzottenbiopsie

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ergebnis? \_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen ein Blutzuckertest in der Schwangerschaft durchgeführt?

Wenn ja welches Ergebnis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diabetes Typ I: ja nein Schwangerschaftsdiabetes: ja nein

Diabetes Typ II: ja nein Spritzen Sie Insulin?: ja nein

**Erkrankungen/Auffälligkeiten in dieser SS:**

Gebärmutterhalsverkürzung:

 ja

 nein

operativer Muttermundsverschluss:

 ja

 nein

vorzeitige Wehen:

 nein

 ja

Krankenhausaufenthalt in der SS:

 nein

 ja

 Tage

Grund:

Gibt es einen Grund für einen geplanten Kaiserschnitt?

 nein

 ja

Grund:

 vegan

 vegetarisch

 kein Schweinefleisch

 lactosefrei

 glutenfrei

 nein

 ja

sonstige Allergien:

 ja

Medikamentenunverträglichkeit:

**Hatten sie schon Operationen:** z.B. Brust, Gebärmutter, Myome, Endometriose, Eierstöcke, Becken, Darm, Wirbelsäule, Gehirn, Blinddarm, Brust-Implantate, Bandscheibenvorfall, Augenlaser-OP)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wann?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aktuelle und chronische Infektionen:** z. B. Herpes genitalis, HPV, Hepatitis (A, B, C), HIV

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Test B-Streptokokken mit vaginalem Abstrich:**

 ja nein Ergebnis negativ positiv

**Erkrankungen:** z. B. Herz, Lunge, Leber, Niere, Magen, Darm, Skelett, Augen, Haut, Schilddrüse, Gehirn, Epilepsie, Asthma bronchiale, Anämie, Hüftleiden, Bluthochdruck, Gerinnungsstörung, Blutungsneigung, Thrombose, Embolie, Bluttransfusion, Narkose-Unverträglichkeit

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Medikamente:**

 Eisen

 Magnesium

 L-Thyroxin

 Nahrungsergänzungsmittel

 Clexane

 Fragmin P Forte

 Anti-D-Spritze bei rh-negativer Blutgruppe am

 in der

. SSW

 Lungenreife-Spritze Antibiotika Wehenhemmer

**Vorherige Schwangerschaften:**

Anzahl:

, davon:

 Fehlgeburten,

 Abbrüche,

 Eileiterschwangerschaft,

 Geburten

Geburtstag Kind

SSW

Geburt

**\***

**1**

Besonderheiten

**\***

**2**

Gewicht Kind

Geschlecht,

Vorname

gestillt (ja

/

nein

/

zum Teil)

Besonderheiten

Schwangerschaft

Besonderheiten

Wochenbett und Stillzeit

**\*1**1. spontan, 2. Saugglocke, 3. Zange, 4. Kaiserschnitt, 5. vaginale Geburt aus Beckenendlage **\*2**1. Dammriss, 2. Dammschnitt, 3. sonstige Verletzungen, 4. verstärkte Blutungen nach Geburt Name:

**Gibt es soziale Belastungen (Arbeitslosigkeit, Finanzen, Wohnsituation, Integration)?**

 Nein ja, welche?

≈

**Sprechen Sie deutsch?** nein ja

Welche Sprache(n) sprechen Sie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wer kann übersetzten? Name, Vorname, Telefonnummer\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

 nein

 ja

 Zig.

/

Tag

**Trinken Sie Alkohol?**

 nein

 ja

**Nehmen Sie Drogen?**

 nein

 ja

**Nehmen Sie Methadon?**

 nein

 ja

wenn ja, welche?

**Gibt es weitere körperliche oder psychische Abhängigkeiten**

 nein

 ja

wenn ja, welche?

**Waren oder sind Sie betroffen von Gewalt, Missbrauch, traumatischen Erfahrungen**

?

 nein

 ja

Wenn ja, Welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gab oder gibt es Unterstützung** durch gesetzliche Betreuer, frühe Hilfen, Jugendamt, betreutes Wohnen? nein ja welche?

**Erkrankungen Familie (Eltern und Geschwister):**

z. B. Allergie, Diabetes, Bluthochdruck, Hüftdysplasie, Gerinnungsstörung?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Körperliche Erkrankungen vom Kindsvater:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Psychische Erkrankungen Partner bzw. Familie:**

z. B. Depression, Zwänge, Angststörung, Borderline, bipolare Störung?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**möchten Sie uns noch mitteilen? Fehlt eine für Sie wichtige Frage?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wünsche für die Geburt:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mich begleitet am Tag der Geburt in den Kreißsaal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wir interessieren uns für die Unterbringung in einem Familienzimmer nach der Geburt. ja nein

Datum / Ort Unterschrift