

1. Persönliche Informationen

Datum Erstgespräch	SSW ET	Hebamme
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl & Wohnort	Telefon
E-Mail Adresse	Handy	
Beruf	Name des Partners	Beruf des Partners
Krankenkasse	IK- Nummer der Krankenkasse	Versichertennummer
Gynäkolog*in	Kinderärzt*in	Hausärzt*in
Wochenbetthebamme	Geburtsvorbereitungskurs bei	Blutgruppe / Rh
Größe	Gewicht	

2. Diese Schwangerschaft

Errechner Termin (ET)	ET nach Ultrasch: II	Empfängnis
Letzte Periode	Zykluslänge	Wievielte Schwangerschaft
Wievieltens Kind	Besonderheiten(z.B. Kinderwunschbehandlung)	

3. Frühere Geburten / Schwangerschaften

Jahr	Gewicht	m / w / d / Name	Ort	Modus	Besonderheiten

4. Wird von der Hebamme ausgefüllt, dazu bitte den Mutterpass mitbringen!

	durchgeführt:	Befund:
1. Antikörpersuchtest		
2. Antikörpersuchtest		
Röteln-Titer		
Chlamydien		
Lues		
Hbs Datum:		
HIV		
Hep.C		
Toxoplasmose		
Streptokokken		
CMV		
OGTT		

5. Körperliches Befinden

<ul style="list-style-type: none"> • Welche Kinderkrankheiten hatten Sie bzw. gegen welche besteht aktuell Impfschutz?
<ul style="list-style-type: none"> • Haben oder hatten Sie ernsthafte Erkrankungen (was / wann)?
<ul style="list-style-type: none"> • Besteht bei Ihnen eine Blutungs- oder Thromboseneigung?
<ul style="list-style-type: none"> • Nehmen Sie Medikamente und / oder Nahrungsergänzungsmittel?
<ul style="list-style-type: none"> • Bisherige OP's ? Wann / welche?
<ul style="list-style-type: none"> • Falls Sie eine lokale Betäubung hatten: Gab es eine körperliche Reaktion darauf?
<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie Allergien?
<ul style="list-style-type: none"> • Wie ernähren Sie sich?
<ul style="list-style-type: none"> • Machen Sie Sport? (Wie oft und was?)
<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es in Ihrer Familie auffällige Erkrankungen? (Diabetes, Blutdruck, Krebs, Allergien etc.)
<ul style="list-style-type: none"> • Hat Ihr Partner Allergien bzw. für das Kind relevante Erkrankungen (falls ja, welche?)
<ul style="list-style-type: none"> • Wie verläuft diese Schwangerschaft bisher? Sind Sie aktuell gesund?
<ul style="list-style-type: none"> • Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

6. Psychisches Befinden

<ul style="list-style-type: none"> • Haben oder hatten Sie stärkere psychische Belastungen bzw. Therapieerfahrung?
<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie Übergriffe oder Gewalterfahrungen erlitten?
<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Trigger, die Sie uns mitteilen möchten?
<ul style="list-style-type: none"> • Praktizieren Sie Entspannungsübungen, Meditation o. Ä.?

7. Ihr Weg zu uns?

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Warum möchten Sie im Geburtshaus betreut werden? |
| <ul style="list-style-type: none">• Was wünschen Sie sich von uns? |

Foto

Unterschrift

Herzlichen Dank!