

## 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

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

## 6. Psychisches Befinden

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

## 7. Ihr Weg zu uns?

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

**Foto**

---

Unterschrift

Herzlichen Dank!

