

Personendaten

Name: _____ Gynäkologe: _____
 Vorname: _____ Kinderarzt: _____
 Geb.: _____ Hebamme: _____
 Adresse: _____
 Krankenkasse (Name und Nummer der Kasse): _____
 Versicherungsnummer: _____
 Partner/-in: _____
 Telefon Frau: _____ Konfession: _____
 Partner/-in: _____ E-Mail-Adresse der Frau: _____

Anamnese

Familienanamnese: _____
 Eigenanamnese (Herz; Lunge; Niere; ZNS; Skelett; Stoffwechsel; Infektionen; Psyche) _____

Grav.: _____ P.: _____ LP: _____ ET: _____
 Schwangerenvorsorge ab SSW: _____ Gyn. Besonderheiten: _____

Schwangerschaftsverlauf/Besonderheiten: _____

Geb.Vorb.: _____

Medikamente: _____ Allergien: _____

Abusus: _____

Vorangegangene Schwangerschaften / Geburten: _____

BG: _____ 1.AK: _____ 2.AK: _____ RötelnAK: _____ Chlam: _____ LSR: _____
 HIV: _____ GBS: _____ HBsAg: _____ OGTT: _____

sonstige Serologie / Abstrichbefunde: _____

Feindiagnostik: _____

Wünsche zur Geburtsbegleitung: _____

Information zum Anruf vor Geburt gegeben?

Ärztliche Geburtsplanung?

Ambulante Geburt vorstellbar?

Telefonat geführt:

Name der Hebamme

Datum

Uhrzeit von-bis

erstellt /verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum/Überprüfung	Seite
Antje Schulz	Kristin Organischak	1.1	15.03.2021/15.03.2023	Seite: 1/1