Kath. St. Paulus Gesellschaft
St. Josefs Hospital Dortmund-Hörde

Geburtshilflicher Fragebogen

Liebe Schwangere,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und Ihr Kind bei uns zur Welt bringen möchten. Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus und bringen ihn zur Anmeldung mit. Selbstverständlich findet ein persönliches Gespräch mit den Hebammen statt, um Fragen zu klären und um Sie und Ihre Wünsche kennen zu lernen.

Name, Vorname | Geburtsdatum | Beruf

Adresse | Telefonnummer

Name des nächsten Angehörigen | Telefonnummer Angehöriger

Krankenkasse | private Zusatzversicherung

Behandelnder Gynäkologe | Name der Nachsorgehebamme

Familienstand | voraussichtlicher Nachname des Kindes

Wie groß sind Sie? | Gewicht vor der Schwangerschaft?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel eingenommen? Welche?

Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion? Wenn ja, weshalb?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol oder Drogen konsumiert?

Aktuelle Schwangerschaft

Wie war der Zyklus vor der Schwangerschaft? regelmäßig oder unregelmäßig?

_____ _____

Dauer Wie viele Tage haben Sie geblutet?

Wie wurden Sie schwanger?

- ○ Auf natürlichem Wege
- ○ hormonell unterstützt

Wurde bei Ihnen folgendes durchgeführt?

- ○ Nackenfaltenmessung
- ○ Amniozentese
- ○ Chorionzottenbiopsie
- ○ Fehlbildungs Ultraschall
- ○ NIPT Bluttest

Vorangegangene Geburten

Datum	Klinik	Natürliche Geburt/ Saugglocke/ Kaiserschnitt	Junge / Mädchen	Gewicht / Länge	Besonderheiten (Einleitung, Geburtsverletzung, Frühgeburt, Grund für Kaiserschnitt, Blutungen, PDA)

Hatten Sie schon eine Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch?

Jahr	Welche Schwangerschaftswoche?	Ausschabung?

Gibt es in der aktuellen Schwangerschaft Besonderheiten?

_____

Eigene Krankengeschichte

Bluthochdruck?_____ Diabetes?_____

Schilddrüse?_____ Blutgerinnung?_____

Niere?_____ psychische Erkrankung/Belastung?_____

Hüferkrankung? (als Kind Spreizhose?) _____

Sonstige: _____

Wurden Sie schon mal operiert?

Jahr	Art der Operation	Narkose

Wurden Sie in der aktuellen Schwangerschaft stationär in einem Krankenhaus behandelt?

_____ _____ _____

Grund, Schwangerschaftswoche Dauer Klinik

Familiäre Krankengeschichte

Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie, beim Kindsvater oder in dessen enger Familie?

Bluthochdruck? _____ Diabetes? _____

Schilddrüse? _____ Blutgerinnung? _____

Niere? _____ psychische Erkrankung/Belastung? _____

Hüfterkrankung? _____ Erbkrankheiten? _____

Sonstige Krankheiten?: _____

Impfung gegen COVID-19

Schwangere: nein ja, Datum der letzten Impfung: _____

Begleitperson: nein ja, Datum der letzten Impfung: _____

Covid Erkrankung? Wenn ja, wann _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Wir wünschen Ihnen eine wunderbare Schwangerschaft und freuen uns darauf, Sie bald kennenlernen zu dürfen!

Ihr Kreißsaal Team des St. Josefs Hospitals Dortmund Hörde