

Anmeldung zur Geburt im EVK Bergisch Gladbach

Name:

—

Vorname:

—

Telefonnummer:

—

Krankenversicherung:

—

Frauenarzt/ärztin:

—

Ihr Beruf:

—

Sprechen Sie deutsch? J N

—

Geburtsdatum:

E-Mail:

Evtl. Zusatzversicherung:

Hebamme:

Haben Sie in der Schwangerschaft gearbeitet? J N

wenn nein, welche Sprache sprechen Sie?

IHRE „KRANKENGESCHICHTE“

Blutgruppe:

Antikörpersuchtest:

Haben Sie Allergien? (Medikamente, Lebensmittel, Pflaster, Latex, ...) J N

wenn ja, welche:

—

Nehmen Sie Medikamente ein? J N

wenn ja: welche?

—

Sind Sie schon einmal gynäkologisch operiert worden (Gebärmutter, Ausschabung, Brust, Eierstöcke, ...)? J N

wenn ja woran?

—

Sind Sie sonst schon einmal operiert worden (Blinddarm, Mandeln, Wirbelsäule, nach Unfall, ...)? J N

wenn ja weshalb?

—

Haben Sie eine chronische Erkrankung (Schilddrüse, Leber, Lunge, Augen, Magen-Darm, Knochen, ...)? J N

wenn ja: welche?

—

Haben Sie die Narkose gut vertragen? J N

—

Haben oder hatten Sie eine Infektionserkrankung (Hepatitis, Herpes, Kondylome, Streptokokken,...)? J N

wenn ja welche?

—

Haben oder hatten Sie eine Gerinnungsstörung, Blutungsneigung, Thrombose, Embolie,...? J N

wenn ja, welche und wann?

—

Waren oder sind Sie in psychologischer Betreuung? J N

wenn ja, wann und warum?

—

Gibt es in Ihrer Familie schwerwiegende Erkrankungen (Herz, Leber, Diabetes, Niere, Depressionen,...)? J N

wenn ja welche?

—

VORAUSGEGANGENE GEBURTEN

1. Kind

2. Kind

3. Kind

4. Kind

Geburtsdatum des Kindes

Schwangerschaftswoche

Geschlecht, Name

Gewicht, Größe

Wie geboren?

Wo geboren?

Gestillt? (J N zum Teil)

Besonderheiten

Hatten Sie einen Kaiserschnitt? J N

Wenn ja: welches Kind und warum?

Gab es Besonderheiten/Komplikationen bei den Geburten (Blutungen, Geburtsverletzungen o.ä.)? J N

wenn ja, was und bei welcher Geburt?

Benötigte eines Ihrer Kinder Hilfestellung nach der Geburt (Absaugen, Sauerstoff o.ä.)? J N

wenn ja, welcher Art?

FRAGEN ZUR JETZIGEN SCHWANGERSCHAFT

Voraussichtlicher Entbindungstermin:

Anzahl aller Schwangerschaften:

Gewicht vor der Schwangerschaft: kg

Größe: cm

Hatten Sie eine Sterilitätsbehandlung? J N

Welcher Art?

Rauchen Sie? J N

wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente oder Schwangerenvitamine? J N

wenn ja, welcher Art?

Trinken Sie Alkohol? J N

Nehmen oder nahmen Sie Drogen? J N

wenn ja: was und wann?

Haben Sie Schwangerschaftsdiabetes? J N

Spritzen Sie Insulin? J N

Nehmen Sie eine Unterstützung oder Betreuung in Anspruch (Frühe Hilfen, gesetzlicher Betreuer, Jugendamt...) J N

wenn ja: welcher Art?

Gibt es Besonderheiten/Auffälligkeiten beim jetzigen Kind? J N

Ist jetzt ein Kaiserschnitt geplant? J N wenn ja, warum?

Möchten Sie stillen? J N weiß noch nicht

Möchten Sie, falls möglich, ein Familienzimmer mit Partner auf der Wochenstation? J N

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular per E-Mail an:
geburtshilfe@evk.de

Wir danken Ihnen für die ausführliche Beantwortung unserer Fragen, Sie sind damit zur Geburt bei uns angemeldet und wir freuen uns auf Sie.

Falls wir noch weitere Fragen haben oder Einzelheiten besprochen werden sollten, würden wir uns bei Ihnen telefonisch melden.

Falls Änderungen/Besonderheiten/Auffälligkeiten im Schwangerschaftsverlauf auftreten, schicken Sie uns gerne eine E-Mail.