

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Angaben der werdenden Mutter:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ geb. am: _____ Geburtsort: _____

Wohnort: _____ PLZ: _____

Straße: _____ Religion: _____ Nationalität: _____

telefonisch zu erreichen unter der Tel.-Nr.: _____

Mitglied einer: gesetzlichen Krankenversicherung Privaten Krankenversicherung Chefarztbehandlung

Name der Krankenversicherung: _____

Berufstätigkeit in dieser Schwangerschaft: ja nein

Ausgeübter Beruf (auch Hausfrau): _____

Wurde die Berufstätigkeit als Belastung empfunden: ja nein

Angaben des Ehemannes / Partners (freiwillig)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Religion: _____ Nationalität: _____

Adresse: _____ Beruf: _____

(sofern abweichend)

Bisherige Geburten:

Datum	Geschlecht	SSW	normale Entbindung	Saugglocke oder Zange	Kaiserschnitt	Gewicht	Probleme im Wochenbett? / gestillt?

Fehlgeburten / Bauchhöhlenschwangerschaften: _____ Wann: _____

Schwangerschaftsabbrüche: _____

Wer ist Ihr Frauenarzt/-ärztin: _____

Wer ist Ihre betreuende Hebamme: _____

Wer ist Ihr/e betreuender Kinderarzt/-ärztin: _____

Weitere Angaben zur werdenden Mutter und dem Schwangerschaftsverlauf

Haben Sie besondere Erkrankungen / schwere Allgemeinerkrankungen (Herz, Leber, Niere, Magen, Darm, Hypothyreose)

ja nein _____

Sind Allergien bekannt? _____

Frühere Operationen? wann? wo?: _____

Fragen zur jetzigen Schwangerschaft:

Letzte Regel: _____ Entbindungstermin: _____ Körpergröße: _____

Haben Sie in der Schwangerschaft regelmäßig geraucht: ja nein _____ Zigaretten/pro Tag

Möchten Sie Stillen? ja nein Drogen: ja nein Tabletten ja nein

Sonstige Bemerkungen: _____