

# Anmeldung zur Geburt

(Bitte ausfüllen, abspeichern und an kreisssaal.mkm@marienhaus.de zurückmailen)

## Ihre persönlichen Angaben

Name (Bitte geben Sie Ihren Namen, entsprechend den Angaben auf der Versichertenkarte Ihrer Krankenkasse, an.)

Vorname (Bitte geben Sie Ihren Vornamen, entsprechend den Angaben auf der Versichertenkarte Ihrer Krankenkasse, an.)

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Telefonnummer

E-Mail

Nationalität

Religion

Familienstand

## Ihre Krankenversicherung/Krankenkasse

Krankenkasse

Selbst versichert    Familienversicherung    gesetzlich    privat

Mit Wahlarzt    Ohne Wahlarzt

Beruf

Berufstätig während der Schwangerschaft:  nein    ja

Belastung durch Beruf:  nein    ja \_\_\_\_\_

Frauenarzt

Begleitende Hebamme

Seite 1

## Persönliche Angaben zum werdenden Vater

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Telefonnummer

---

Beruf

---

## Angaben zur Familienanamnese

Erkrankungen in der Familie der Schwangeren (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Veränderungen an Hüfte oder Wirbelsäule etc.):

Hüfterkrankung     Schwerhörigkeit

---

---

Erkrankungen in der Familie des Kindsvaters:

---

---

Erkrankungen beim Kindsvater:

---

---

Erkrankungen bei einem Geschwisterkind:

---

---

## Angaben zur Krankengeschichte der Schwangeren

Sind Erkrankungen **vor** der Schwangerschaft bekannt (z. B. Bluthochdruck, Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, Nieren- und Harnwegserkrankungen, Thrombose oder Embolie, Diabetes, Infektionen etc.):

---

---

Operationen und Gynäkologische Operationen?  
(Wenn ja welche? Z. B. Myomoperationen, Konisation, etc. )

Nein

Ja

Zeitpunkt der Operation

Komplikationen bei der Narkose bekannt? (Wenn ja welche?)

Nein

Ja

## Anamnese der Schwangeren

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht vor der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ kg

Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie bereits eine Bluttransfusion erhalten:  nein     ja

Nehmen Sie aktuell Medikamente?

Gibt es bei Ihnen Allergien (z. B. Medikamente, Pflaster, Latex)?

Nehmen Sie Alkohol während der jetzigen Schwangerschaft zu sich?  nein     ja

Rauchen Sie während der jetzigen Schwangerschaft?

Nein     Ja    \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag

## Allgemeines zur Schwangerschaft

Errechner Entbindungstermin

Das wievielte Kind bekommen Sie?

Anzahl der bisherigen Schwangerschaften

Anzahl der Fehlgeburten

Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche

Komplikationen bei vorausgegangenen Geburten (z. B. Frühgeburt, Nachgeburtsblutung mit Ausschabung in Narkose, Gestose etc.)

Haben Sie Komplikationen während der jetzigen Schwangerschaft (z. B. Blutungen, Hyperemesis, vorzeitige Wehen, Gestationsdiabetes etc.) ?

## Schwangerschaften (Anzahl)

Geburten	Aborte	Abbrüche	EU	Totgeburten

## Angaben zu allen vorausgegangenen Geburten

Anzahl	Datum	Geburts- gewicht	lebend / tot	SSW	Spontan / operativ	Dauer in h	gestillt	Besonder- heiten (z. B. PDA, manuelle Plazentalösung)

## Laborbefunde

(Alle Laborbefunde finden Sie in Ihrem Mutterpass auf S. 2 und 3.)

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Rhesusfaktor:  Negativ  Positiv

Anti D Gabe:  Nein  Ja, Datum \_\_\_\_\_

Antikörper Suchtest:  Negativ  Positiv

---

### Röteln-Titer 1

HBS Ag:  Negativ  Positiv

---

### Toxoplasmose

Chlamydien:  Negativ  Positiv

LSR durchgeführt:  Nein  Ja

HIV durchgeführt:  Nein  Ja

Streptokokken-Abstrich:  Nein  Ja, Datum \_\_\_\_\_

Glucose-Tolleranztest  
durchgeführt  Nein  Ja

Ergebnis:  diätetischer Gestationsdiabetes  
 insulinpflichtiger Gestationsdiabetes

---

Sonstiges

## Besonderheiten in dieser Schwangerschaft

Derzeitige Lage des Kindes

Blutdruckveränderungen in der Schwangerschaft

Hormonelle Behandlungen vor der Schwangerschaft

## Zyklusanamnese

Erster Tag der letzten normalen Periode

Errechneter Entbindungstermin

Korrigierter Entbindungstermin

Wie war Ihr Zyklus vor der Schwangerschaft?:

Regelmäßig (28-tägig)     Unregelmäßig

Erste Vorsorge in der Schwangerschaft (Bitte Schwangerschaftswoche angeben)

Erster Ultraschall (Bitte Schwangerschaftswoche angeben)

Pränataldiagnostik durchgeführt:  nein     ja

Ort, Datum

Unterschrift

Platzhalter für Wünsche und Fragen

Vielen Dank für Ihre Angaben.

Haben Sie Fragen bzw. Wünsche, dann teilen Sie uns diese bitte mit.  
Bitte stellen Sie sicher, dass wir Sie im Bedarfsfall telefonisch erreichen.

**Bitte senden Sie das Anmeldeformular per Mail: [kreisssaal.kkm@marienhaus.de](mailto:kreisssaal.kkm@marienhaus.de) an die Klinik zurück.**

Nach Eingang und Bearbeitung Ihrer Anmeldung, meldet sich eine Hebamme telefonisch bei Ihnen.

Damit erhalten Sie die Bestätigung und auch die Information, ob ein Geburtsplanungsgespräch notwendig ist.

Bei dringenden Anfragen haben Sie die Möglichkeit, von Montag bis Freitag zwischen 14:00 und 16:00 Uhr, telefonisch unter 06131 575-831436 eine Hebamme zu erreichen.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage und in der Elternschule.

Wir freuen uns auf Sie.

Mit freundlichen Grüßen  
das Team der Geburtshilfe am MKM

**(Bitte ausfüllen, abspeichern und an [kreisssaal.mkm@marienhaus.de](mailto:kreisssaal.mkm@marienhaus.de) zurückmailen)**