



# Anmeldung zur Geburt

Liebe Patientin, liebe werdende Eltern,

gerne können Sie dieses Formular ausdrucken, um bereits Ihre persönlichen Daten einzutragen. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen dann mit in den Kreißsaal, wenn „es soweit ist“ oder – sollten Sie von Ihrer Frauenärztin/Ihrem Frauenarzt eine Überweisung für eine Geburtsplanung erhalten haben – mit zu Ihrem Termin.

	Schwangere	Begleitperson
Name, Vorname		
Sprache		
Telefonnummer		
Geburtsdatum		
Adresse		
Telefon im Notfall		
Verheiratet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Frauenärztin/-arzt	
Entbindungstermin	
Hebamme (Nachsorge)	
Nachname des Kindes	

Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	
Name der Versicherung			
Private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
Versicherungsleistungen	<input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/> Chefärztin-Behandlung
Zimmerwahl bei Verfügbarkeit (ggf. Zuzahlung)	<input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/> Familienzimmer

Vorausgegangene Geburten	Jahr der Geburt	vaginale Geburt	Kaiserschnitt	Geschlecht	Geburtsgewicht	Ort der Geburt

Hatten Sie eine Bauch-OP? z. B. Blinddarm, Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Waren Sie schon einmal ernsthaft krank?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Haben Sie eine chronische Erkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Gibt es in Ihrer Familie		
• chronische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
• angeborene Hörstörungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
• Hüftdysplasien?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie eine Allergie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Gab/gibt es in Ihrer Schwangerschaft Besonderheiten? z. B. Zwillinge, Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?