



Im Normalfall bitte den Bogen im Zeitraum 34. – 36. Schwangerschaftswoche ausfüllen!

Liebe Schwangere,

wir freuen uns, dass Sie sich für eine Entbindung in unserer Klinik entschieden haben und danken für das damit verbundene Vertrauen. Damit wir bereits im Vorfeld entscheiden können, ob es bei Ihnen Umstände gibt, die eine umfänglichere Geburtsplanung erfordern und um Sie bei Geburtsbeginn nicht mit unnötigen Fragen zu belasten, bitten wir Sie, diesen Selbstauskunftsbogen sorgfältig und vollständig auszufüllen und uns zuzusenden.

Eine Ärztin und eine Hebamme werden die eingereichten Unterlagen sichten und Sie informieren, falls eine persönliche Vorstellung erforderlich ist. Dazu bitten wir Sie um Angabe einer verlässlichen Kontaktmöglichkeit (z.B. Mobiltelefon). Sollten wir Gründe für eine persönliche Vorstellung feststellen, so melden wir uns bei Ihnen.

Sollten Sie in jedem Falle eine persönliche Voranmeldung vor Ort wünschen, so kreuzen Sie das bitte auf der letzten Seite so an. Alternativ können Sie diese Selbstauskunft auch online ausfüllen und versenden.

Im Namen des Teams der Geburtshilfe

Dr. Sven Seeger

Kathrin Eichhorn

Chefarzt Geburtshilfe

Leitende Hebamme

Im besten Fall zeigen Sie den ausgefüllten Bogen vor Versand Ihrem Frauenarzt/ Ihrer Hebamme. Senden Sie uns diesen **Fragebogen** und eine **Kopie des Mutterpasses** sowie eventuell wichtige **Vorbefunde/Arztbriefe** und eine Kopie des **Überweisungsscheines** auf einem der folgenden Wege zu:

E-Mail: anmeldung-geburt@krankenhaus-halle-saale.de oder Fax: (0345) 213 4429

Sie erhalten eine Bestätigung per E-Mail über den Eingang der Unterlagen.

Post: KH St. Elisabeth und St. Barbara, Kreißeaal, Mauerstr. 5, 06110 Halle

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Voraussichtlicher Entbindungstermin lt. Mutterpass:**

Welcher Nationalität gehören Sie an? \_\_\_\_\_

(Nur für Ausländer) Sprechen Sie Deutsch?:  Ja /  Nein, Wenn nein, welche Sprachen: \_\_\_\_\_

Name, Vorname d. Kindsvaters/Partners (in): \_\_\_\_\_

Sind Sie berufstätig:  Nein /  Ja, Wenn Ja, welcher Beruf: \_\_\_\_\_

Betreuende Frauenärztin/der betreuende Frauenarzt: \_\_\_\_\_

Hebammenvorbereitung:  Nein /  Ja, Name Hebamme: \_\_\_\_\_

Hebammennachsorge geplant:  Nein /  Ja, Name Hebamme: \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einen Kinderarzt für danach:  Nein /  Ja, Name Arzt: \_\_\_\_\_



## Angaben zu zurückliegenden Schwangerschaften

Anzahl zurückliegender Geburten:

Anzahl Fehlgeburten / Abbrüche / Eileiterschwangerschaften:

Darunter Fehlgeburten nach der 20. Schwangerschaftswoche:  Nein /  Ja

Wenn ja, nähere Angaben:

## Angaben zu den zurückliegenden Schwangerschaften / Geburten / Wochenbett

Jahr / Wo?	War es eine Frühgeburt <37 Wochen? Wenn ja, welche Woche?	Geburt wie? Normal, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange?	Hatten Sie Geburtsverletzungen?	Geburtsgewicht	Gab es Probleme bei Schwangerschaft / Geburt / Wochenbett?	Ist das Kind gesund? Wenn nicht, bitte nähere Angaben

Weitere Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften, die Ihnen wichtig erscheinen:  
(Wenn nicht ausreichend Platz eine Anlage erstellen)

## Angaben zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  Nein /  Ja  
Wenn Ja, welche:

---

- Hatten Sie schon einmal eine Thrombose?  Nein /  Ja  
Wenn Ja, nähere Angaben:

---

- Haben Sie oder Angehörige eine verstärkte Blutungsneigung? (die nicht durch Medikamente bedingt ist)? Wenn Ja, nähere Angaben:  Nein /  Ja

---

- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_  Nein /  Ja  
Alkohol in der Schwangerschaft? Wenn ja, wann, wie viel:  Nein /  Ja  
Drogen in der Schwangerschaft? Wenn ja, was, wann:  Nein /  Ja

---

- Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?  Nein /  Ja  
Wenn Ja, nähere Angaben (z.B. Hoher Blutdruck, Diabetes, Epilepsie, Erkrankungen Herz, Niere, Darm ...):

---

- Wurden Sie schon einmal operiert?  Nein /  Ja  
Wenn Ja, nähere Angaben (Gab es Probleme bei der OP oder der Narkose, gab es eine verstärkte Blutung):

**\*\*\*\* BITTE NICHT VERGESSEN UNS DIE KOPIE DES MUTTERPASSES ZU SENDEN! \*\*\*\***



7. Sind bei Ihnen psychische Erkrankungen bekannt?  Nein /  Ja  
Fühlen Sie sich zurzeit psychisch besonders belastet?  Nein /  Ja  
Haben Sie traumatische Erlebnisse oder Gewalt erfahren, die Sie weiterhin belasten?  Nein /  Ja  
Wenn o.g. Punkte mit „Ja“, beantwortet dann ggf. nähere Angaben (Diagnose, Behandler usw.)

- 
8. Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?  Nein /  Ja  
Wenn Ja, welche (Hier nicht Vitamine, Folsäure, Jod usw. die vorsorglich. für die Schwangerschaft sind):

---

## Angaben zur aktuellen Schwangerschaft

9. Erfolgten über die normale Vorsorge hinaus spezielle vorgeburtliche Untersuchungen?  
 Ersttrimesterscreening  
 Ultraschall zum Fehlbildungsausschluss  
 Fruchtwasserpunktion / Chorionzotendiagnostik  
 Nichtinvasiver Pränataltest (Blutprobe d. Mutter z. Chromosomendiagnostik d. Kindes, z.B. Fetalis-, Harmony-, Veracity-Test)  
Gab oder gibt es Besonderheiten bei bisher durchgeführten Ultraschalluntersuchungen?  Nein /  Ja

- 
10. Gibt es Schwangerschaftsrisiken, Probleme o. auffällige Befunde in der aktuellen Schwangerschaft?  Nein /  Ja  
(Wenn Ja, bitte ankreuzen)  
 Mehrlingsschwangerschaft  
 Schwangerschafts-Bluthochdruck (Präeklampsie)  
 Diabetes / Schwangerschaftsdiabetes ("Zuckerkrankheit"):  
-> wenn Ja:  ohne Insulin oder  mit Insulinbedarf (Bitte die Blutzuckerwerte übermitteln.)  
 Minderwachstum des Kindes (Kind zu klein)  
 Das Kind liegt bisher nicht in Schädellage (siehe auch Information Beckenendlage auf unserer Homepage)  
 Andere Probleme / Risiken:

- 
11. Gibt es soziale Probleme?  Nein /  Ja  
 Werden Sie durch das Jugendamt betreut  
 Sorgerecht kann selbst nicht übernommen werden  
 Familienhebamme geplant  
 Unterbringung im Mutter-Kind-Heim

Wenn ja, bitte teilen Sie uns mit, wer die Ansprechpartner sind, wer das Sorgerecht übernimmt usw.:

- 
12. Gibt es spezielle Wünsche zu Ihrer bevorstehenden Entbindung?  Nein /  Ja  
(eventuell Anlage verwenden) z.B. Entbindung im Hebammenkreißsaal, Wassergeburt, Familienzimmer

**\*\*\*\* BITTE NICHT VERGESSEN UNS DIE KOPIE DES MUTTERPASSES ZU SENDEN! \*\*\*\***



Wir haben auch noch einige weitere Informationsmaterialien auf unserer Homepage zum Download für Sie zusammengestellt. Wenn es Ihnen möglich ist, so drucken Sie diese bitte ebenfalls aus, unterzeichnen diese und senden uns eine Fotokopie der unterschriebenen Bögen zu. Das Wichtigste ist jedoch die **Zusendung der Kopie des Mutterpasses** und sofern zutreffend spezieller auffälliger Befunde und Untersuchungsergebnisse aus der laufenden Schwangerschaft.

Bitte kreuzen Sie hier an, welche Unterlagen Sie uns zusammen mit dieser Anmeldung zusenden:

- Überweisung des Frauenarztes zur Geburtsanmeldung (sofern erhalten)
- Kopie des Mutterpasses, alle Seiten mit Einträgen! (Bitte nicht vergessen!!!)**

Sofern auf unserer Homepage ausgedruckt bzw. vorhanden:

- Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
- Einwilligungserklärung zur Anwendung von Lachgas unter der Geburt
- Aufklärung zur Periduralanästhesie Geburt
- Anamnesefragen zur Erfassung des Blutungsrisikos
- Aufklärung zur Spende des Nabelschnurblutes und des Nabelschnurgewebes
- Persönlichen Geburtsplan (falls Sie einen solchen verfasst haben)
- Weitere Unterlagen: (Welche?)

---

Ich habe eine Private Krankenversicherung, welche folgende Zusatzleistungen beinhaltet:

- Einzelzimmer   oder    Familienzimmer    Chefarztbehandlung   (Umsetzung je nach Verfügbarkeit.)

---

Ich möchte folgende Zusatzleistungen als Selbstzahlerin in Anspruch nehmen: (bei Bedarf bitte ankreuzen.)

- Einzelzimmer (65,01€/Nacht)    Familienzimmer (96,30€/Nacht) (Leider können wir diese Wünsche nicht immer erfüllen.)

---

Auch wenn es aus Sicht der Klinik keinen persönlichen Vorstellungsbedarf gibt, so wünsche ich in jedem Fall eine persönliche Vorstellung zur Geburtsplanung (bei Bedarf bitte ankreuzen).

---

**Überprüfen Sie bitte noch einmal, ob Sie Ihre Kontaktdaten leserlich eingetragen haben!**

Vielen Dank, dass Sie den umfangreichen Fragebogen ausgefüllt haben. Bitte unterzeichnen Sie diesen jetzt:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der Schwangeren**  
(bzw. der Sorgeberechtigten)

## Wird vom Personal ausgefüllt

Eingang Datum / HZ: \_\_\_\_\_ SSW aktuell: \_\_\_\_\_ Akte angelegt:  Ja

Vorstellung notwendig:  Nein /  Ja, Grund: \_\_\_\_\_

Schwangere informiert:  Ja Wann? / Wie? / HZ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Termin Vorstellung: \_\_\_\_\_

Anmerkungen: