

## **Liebe Patientinnen,**

bitte füllen Sie den gesamten Anmelde-Bogen soweit wie möglich aus. Bei Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich jeder Zeit an uns.

- Bitte bringen Sie das folgende Formular ausgefüllt zu der Geburt ihres Kindes mit.
- Oder senden Sie es per Email an: [kreissaal.langen@asklepios.com](mailto:kreissaal.langen@asklepios.com),  
leider können wir bei der Übermittlung per E-Mail keinen ausreichenden Datenschutz gewährleisten.

Vielen Dank, Ihr Kreißaal Team der Asklepios Klinik Langen

### **Bitte Kontaktdaten unbedingt ausfüllen!**

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

Frauenarzt: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Nachsorgehebamme: \_\_\_\_\_

Tel. Patientin: \_\_\_\_\_

Bezugsperson: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Tel. Bezugsperson: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Nationalität/Sprache: \_\_\_\_\_

Chefarzt  1-Bett  2-Bett

### **Angaben sind auf Seite 2 bis 8 im Mutterpass zu finden!**

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

GDM (OGTT): \_\_\_\_\_

Antikörper-Suchtest: \_\_\_\_\_

Antikörper-Suchtest Kontrolle: \_\_\_\_\_

Röteln-Impfung: \_\_\_\_\_

Nachweis Chlamydien: \_\_\_\_\_

LRS durchgeführt: \_\_\_\_\_

HIV durchgeführt: \_\_\_\_\_

HBS-Antigen: \_\_\_\_\_

$\beta$ -Streptokokken: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht vor der SS: \_\_\_\_\_

aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_

Zyklus: \_\_\_\_\_

letzte Periode: \_\_\_\_\_

Gravida: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_

Berechneter Entbindungstermin: \_\_\_\_\_

Entbindungstermin (ggf. nach Korrektur): \_\_\_\_\_

Sonstige Befunde / Besonderheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Fragen zu Ihrer allgemeinen Gesundheit

Haben Sie **Allergien**, insbesondere gegen Medikamente, Pollen, Inhaltsstoffe oder Lebensmittel?

Nein:

Ja: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**, Nahrungsergänzungsmittel oder Schwangerschafts-Präparate (z.B.: Folio, Eisen, Magnesium)?

Nein:

Ja: \_\_\_\_\_

Haben Sie **Grunderkrankungen, die aktuell oder früher behandelt wurden?** (z.B.: Asthma, Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen, Auffälligkeiten Ihrer Wirbelsäule, Hüftdysplasie etc.)

Nein:

Ja: \_\_\_\_\_

Haben Sie **gynäkologische Vorerkrankungen, die aktuell oder früher behandelt wurden?** (z.B.: Endometriose, Myom, Infektionen, sexuell übertragbare Krankheiten)

Nein:

Ja: \_\_\_\_\_

Waren Sie schon mal oder sind Sie in **psychologischer Behandlung?**

Wenn ja, werden Sie aufgrund psychischer Erkrankungen aktuell medikamentös behandelt?

Nein:

Ja: \_\_\_\_\_

Sind Sie schon einmal **operiert** worden? Insbesondere am Bauch, der Gebärmutter und/oder den Eierstöcken? (z.B.: Bauchspiegelung, Ausschabung, Kaiserschnitt)

- Nein:  
 Ja ( Bitte auch Jahr und ggf. Besonderheiten angeben): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine **Blutgerinnungsstörung** oder **Thromboseneigung** bekannt?

- Nein:  
 Ja: \_\_\_\_\_

**Rauchen** Sie in der Schwangerschaft?

- Nein:  
 Ja – wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Trinken Sie **Alkohol** oder nehmen Sie **Drogen**?

- Nein:  
 Ja – wie viel Alkohol konsumieren Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihren nächsten Verwandten oder dem Kindsvater **Grund- oder Erbkrankheiten** bekannt? (z.B.: Bluthochdruck, Krebs, Diabetes, Fehlbildungen, psychische Erkrankungen)

- Nein:  
 Ja: \_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im **Ausland in ambulanter oder stationärer Behandlung**?

- Nein:  
 Ja: \_\_\_\_\_

## Fragen zur Schwangerschaft

Gab es **Besonderheiten in dieser Schwangerschaft?**

- Nein:
- Ja (Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, Blutungen, vorzeitige Wehen, stationäre Behandlungen): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits eine oder mehrere **Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder Eileiterschwangerschaften?** Hatten Sie danach eine sogenannte Ausschabung?

- Nein:
- Ja (Bitte wenn möglich Jahr und Schwangerschaftswoche angeben): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Wenn Sie bereits ein Kind/Kinder bekommen haben:

Gab es **Besonderheiten in den vorherigen Schwangerschaften und Geburten?**  
**Wann, wie, wo** haben Sie ihr Kind/ ihre Kinder bekommen?

Jahr	SSW	Geburtsmodus (spontan/ Sectio)	Besonderheiten/ Geburtsverletzungen	Geschlecht/ Gewicht	Geburtsort/ Krankenhaus

Haben Sie vor ihr Kind zu **stillen?**

- Nein
- Ja

Ich versichere die Korrektheit meiner Angaben: \_\_\_\_\_

**Unterschrift/Ort/Datum**