



## Florence-Bogen *Anmeldeformular*

Wir möchten Sie in der Schwangerschaft (SS), während der Geburt und im Wochenbett optimal unterstützen. Deshalb bitten wir Sie um eine sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen. Bitte schicken Sie das ausgefüllte Dokument (PDF-Formular vorher auf PC herunterladen) per **E-Mail** an [geburtshilfe@fnk.de](mailto:geburtshilfe@fnk.de)

**Alle Mitarbeiter/-innen unterliegen der Schweigepflicht, vielen Dank für Ihr Vertrauen!**

**Name, Vorname(n):** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_ **PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_

**Tel.:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:** \_\_\_\_\_ **Religion:** \_\_\_\_\_ **Nationalität:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_ **In dieser SS berufstätig?**  ja  nein

**Leben Sie zurzeit in einer festen Partnerschaft?**  ja  nein

**Wohnen Sie alleine?**  ja  nein, ich lebe mit:

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_ **aktuell berufstätig als:** \_\_\_\_\_

**Weitere Bezugsperson:** Name, Vorname: \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

**Sprechen Sie deutsch?**  ja  nein **Welche Sprache(n) sprechen Sie?** \_\_\_\_\_

**Wer kann übersetzen?** Name, Vorname: \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

### **Angaben zu Ihrer Krankenversicherung - gesetzliche Krankenkasse:**

**Name Ihrer Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Versicherung:** \_\_\_\_\_ **Ihre Versichertennummer:** \_\_\_\_\_  
(Bitte geben Sie die Nummer an.)

### **Angaben zu Ihrer Krankenversicherung - private Krankenkasse:**

**Beihilfe berechtigt:**  ja  nein

**Zusatzversicherung für den stationären Krankenhausaufenthalt:**  ja  nein

**Name Ihrer Zusatzversicherung:** \_\_\_\_\_  1-Bett  2-Bett  Chefarzt

### **Nachweis über COVID-19-Impfung/COVID-19-Infektion:**

**Wurde bei Ihnen eine COVID-19-Infektion festgestellt?**  ja  nein **Wenn ja, wann?** \_\_\_\_\_

**Sind Sie gegen COVID-19 geimpft?**  ja  nein

**Bitte geben Sie die Daten der letzten beiden Impfungen an:** \_\_\_\_\_ **und** \_\_\_\_\_



Schwangere, Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

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

Benutzen Sie zurzeit:  Brille  Kontaktlinsen  Hörhilfen  Zahnprothesen  Gehstützen  Rollstuhl  
Existiert eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht?  ja  nein (Bitte geben Sie uns Kopien)  
Gibt es einen Geburtsplan?  ja  nein (Bitte geben Sie uns Kopien)

Medikamente:  Eisen  Magnesium  L-Thyroxin  sonstige:

\_\_\_\_\_  
 Nahrungsergänzungsmittel  Clexane  Fragmin P Forte

Ernährung:  Vollkost  vegan  vegetarisch  kein Schweinefleisch  lactosefrei  glutenfrei

Nahrungsmittelenverträglichkeit:  nein  ja \_\_\_\_\_

Medikamentenunverträglichkeit:  nein  ja \_\_\_\_\_

sonstige Allergien:  nein  ja \_\_\_\_\_

### Folgende Informationen finden Sie In Ihrem Mutterpass:

1. Tag der letzten Menstruation: \_\_\_\_\_ errechneter Geburtstermin: \_\_\_\_\_ korrigierter Termin: \_\_\_\_\_

Ich erwarte:  ein Kind  Zwillinge  Drillinge  Vierlinge

1. Mutterschaftsvorsorge am \_\_\_\_\_ in der \_\_\_\_\_. Schwangerschaftswoche (SSW)

Ausgangsgewicht: \_\_\_\_\_ kg, Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Sterilitätsbehandlung:  nein ja, durch:  Stimulation  Insemination  ICSI  IVF

1. Ultraschall am \_\_\_\_\_ in der \_\_\_\_\_. SSW

Weitergehende Ultraschalluntersuchung bei einem Spezialisten aufgrund von Besonderheiten:

nein  ja, aufgrund \_\_\_\_\_

Besondere Untersuchungen in der SS:  Ersttrimester-Screening  NIPT  Fruchtwasserpunktion

Chorionzottenbiopsie am \_\_\_\_\_ in der \_\_\_\_\_. SSW Ergebnis: \_\_\_\_\_

Blutgruppe: \_\_\_\_ Rhesusfaktor: \_\_\_\_ Antikörper-Suchtest:  negativ  positiv, Titer: 1: \_\_\_\_\_

Anti-D-Spritze bei rh-negativer Blutgruppe am \_\_\_\_\_ in der \_\_\_\_\_. SSW

Nachweis über 2 erfolgte Rötelimpfungen:  ja  nein Rötel-Antikörper  IgG positiv \_\_\_\_\_ IU/ml  
 IgG negativ  
 IgM positiv  negativ

Nachweis LSR (Luessuchreaktion) durchgeführt:  ja  nein

Nachweis von Chlamydia trachomatis-DNA:  negativ  positiv

Nachweis von HBs-Antigen:  negativ  positiv



Schwangere, Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

**Weitere Untersuchungen auf (falls gemacht):**

- |                           |   |             |   |
|---------------------------|---|-------------|---|
| Toxoplasmose, Immunität:  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                 | HPV:        | <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ         |
| Cytomegalie (CMV):        | <input type="radio"/> IgG positiv                                   | Parvovirus: | <input type="radio"/> IgG positiv <input type="radio"/> IgG negativ |
|                           | <input type="radio"/> IgM positiv <input type="radio"/> IgM negativ |             | <input type="radio"/> IgM positiv <input type="radio"/> IgM negativ |
|                           | <input type="radio"/> negativ, kein Immunschutz                     | Varizella:  | <input type="radio"/> IgG positiv <input type="radio"/> IgG negativ |
| Diabetes Typ I:           | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                 |             |   |
| Diabetes Typ II:          | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                 |             |   |
| Schwangerschaftsdiabetes: | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                 |             |   |
| Spritzen Sie Insulin?:    | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                 |             |   |

Sollte ein Diabetes/Schwangerschaftsdiabetes vorliegen, vereinbaren Sie bitte einen Termin in der Stillambulanz bei Frau Anja Paschen unter der Telefonnummer 0211 409-3322 oder via E-Mail an paschena@kaiserswerther-diakonie.de

**Erkrankungen/Auffälligkeiten in dieser SS:**

Gebärmutterhalsverkürzung:  ja  nein      operativer Muttermundsverschluss:  ja  nein

vorzeitige Wehen:  nein  ja \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt in der SS:  nein  ja \_\_\_\_\_ Tage Grund: \_\_\_\_\_

Gibt es einen Grund für einen geplanten Kaiserschnitt?  nein  ja Grund: \_\_\_\_\_

**Erkrankungen:** z. B. Herz, Lunge, Leber, Niere, Magen, Darm, Skelett, Augen, Haut, Schilddrüse, Gehirn, Epilepsie, Asthma bronchiale, Anämie, Hüftleiden, Bluthochdruck

z. B. Gerinnungsstörung, Blutungsneigung, Thrombose, Embolie, Bluttransfusion, Narkose-Unverträglichkeit?

**Operationen:** Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Becken, Darm, Wirbelsäule, Gehirn (z. B. Konisation, Myome, Endometriose, Blinddarm, Brust-Implantate, Bandscheibenvorfall, Augenlaser-OP)

**Aktuelle und chronische Infektionen:** z. B. Herpes genitalis, HPV, Hepatitis (A, B, C), HIV, Kondyloma



Schwangere, Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

**Vorherige Schwangerschaften:**

Anzahl: \_\_\_\_\_, davon: \_\_\_\_\_ Fehlgeburten, \_\_\_\_\_ Abbrüche, \_\_\_\_\_ Eileiterschwangerschaft, \_\_\_\_\_ Geburten

Geburtstag Kind				
SSW				
Geburt* <sup>1</sup>				
Besonderheiten* <sup>2</sup>				
Gewicht Kind				
Geschlecht, Vorname				
gestillt (ja / nein / zum Teil)				
Besonderheiten Schwangerschaft				
Besonderheiten Wochenbett und Stillzeit				

\*<sup>1</sup> 1. spontan, 2. Saugglocke, 3. Zange, 4. Kaiserschnitt, 5. vaginale Geburt aus Beckenendlage

\*<sup>2</sup> 1. Dammriss, 2. Dammschnitt, 3. sonstige Verletzungen, 4. verstärkte Blutungen nach Geburt

**Fühlen Sie sich aktuell psychisch belastet durch private oder berufliche Probleme?**

nein  ja, weshalb? \_\_\_\_\_

**Gibt es soziale Belastungen (Arbeitslosigkeit, Finanzen, Wohnsituation, Integration)?**

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  nein  ja \_\_\_\_\_ Zig. / Tag

**Trinken Sie Alkohol?**  nein  ja

**Nehmen Sie Drogen?**  nein  ja

**Nehmen Sie Methadon?**  nein  ja

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Gibt es weitere körperliche oder psychische Abhängigkeiten/Süchte?**  nein  ja

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Waren oder sind Sie betroffen von Gewalt, Missbrauch, traumatischen Erfahrungen?**  nein  ja

Bitte vereinbaren Sie bei Bedarf einen Termin in der Geburts- und Traumasprechstunde bei Frau Martina Engelen unter der Telefonnummer 0172 2993697.

