

Anmeldung zur Geburt im Ev. Krankenhaus Köln-Kalk

Familienname: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Adresse: _____
 Telefon: _____ Frauenarzt: _____

Das **wieviele Kind** erwarten Sie? _____

Wann ist der **errechnete Geburtstermin**? _____

Wann war Ihre **letzte Periode**? _____

Waren Sie **schon einmal schwanger**? Nein Fehlgeburt Schwangerschaftsabbruch

Vorausgegangene Geburten

Jahr der Geburt	Normale Geburt (falls ja bitte ankreuzen)	Kaiserschnitt (falls ja bitte ankreuzen)	Geschlecht	Geburtsgewicht	Ort der Geburt

Möchten Sie Ihr Baby **stillen**? Ja Nein

Haben Sie eine **Allergie**? Ja Nein Welche? _____

Gibt es **besondere Erkrankungen** in Ihrer **Familie**? Ja Nein Welche? _____

Hatten/Haben **Sie** eine **besondere Erkrankung**? Ja Nein Welche? _____

Sind Sie schon einmal **operiert** worden? Ja Nein Welche? _____

Nehmen Sie **Medikamente** ein? Ja Nein Welche? _____

Gab/Gibt es in Ihrer **Schwangerschaft** **Besonderheiten** (z. B. Fruchtwasserpunktion, Mehrlingsschwangerschaft, Schwangerschaftsdiabetes?) Ja Nein Welche? _____

Wird von der Hebamme ausgefüllt

Blutgruppe: _____ B-Streptokokken: _____

Röteltiter: _____ HbsAG: _____