

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
-----------	----------	---------------

Fragen zu Ihrer geburtshilflichen Vorgeschichte:

Frauenarzt/-ärztin: _____ Hebamme: _____

Hausarzt/-ärztin: _____ (freiwillige Angabe) Kinderarzt/-ärztin: _____ (falls bereits vorhanden)

Ja Nein Stillwunsch
 Ja Nein Familienzimmer gewünscht
 Ja Nein Einzelzimmer (Selbstzahler) gewünscht

Jetzige Schwangerschaft:

Periode alle ___ Tage, dauert ___ Tage,

letzte Periode: _____
Errechneter Termin: _____

Ja Nein vorzeitige Wehen, wenn ja: wurden Sie behandelt?

Sonstiges: z.B. künstliche Befruchtung, Anti-D-Prophylaxe, Krankenhausaufenthalte, Besonderheiten im Schwangerschaftsverlauf, starke Übelkeit, Blutungen, β -Streptokokken etc.

Ja Nein Das Baby liegt momentan in Schädellage (mit dem Kopf nach unten)

Ja Nein Operationen an Muttermund, Brust, Gebärmutter: _____

Bisherige Schwangerschaften: Wie oft waren Sie bereits schwanger? _____ X

Ja Nein Fehlgeburten, wenn ja, wann und in welcher SSW _____
 wurde eine Ausschabung (Cürettage) danach durchgeführt Ja Nein

Ja Nein Schwangerschaftsabbruch Ja Nein Eileiterschwangerschaft

Bisherige Geburten:

	Datum	w/m/d	Gewicht	SSW	Spontangeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke Einleitung / Besonderheiten / Verletzungen	Ort/ Fo
						○
						○
						○
						○
						○

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------