



Foto: Thomas J. Zelinger

## **Kreiskrankenhaus Bergstraße**

eine Einrichtung des Universitätsklinikums Heidelberg

### **Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe**

Zertifiziertes Brustzentrum

Chefärztin: Dr. med. Cordula Müller

### **Sehr geehrte werdende Eltern,**

um uns ganz auf Sie und Ihre Wünsche einstellen zu können, bieten wir Ihnen die Möglichkeit, sich schriftlich für die Geburt anzumelden.

Füllen Sie hierzu einfach das PDF aus und schicken es uns per Mail an: **geburt@kkh-bergstrasse.de** zurück.

Gerne können Sie das Formular auch ausdrucken und uns per Post oder Fax zukommen lassen.

**Bei Fragen stehen Ihnen unsere Hebammen gerne zur Verfügung.**

**Tel. Kreißsaal: 06252 701-290**

**Fax: 06252 701 558**

**Mail: geburt@kkh-bergstrasse.de**

**Bitte füllen Sie das Formular auf den nächsten Seiten aus! Nehmen Sie hierfür Ihren Mutterpass zur Hand.**

# Anmeldung zur Geburt

\* Pflichtfeld (Diese Felder müssen ausgefüllt werden.)

## Angaben Mutter

Name\*: Vorname\*: Religion:  
Geburtsdatum\*: Familienstand: Beruf:  
Straße und Hausnummer\*:  
PLZ\*: Wohnort\*:  
Tel.\*: E-Mail:  
Sprache: Dolmetscher: JA NEIN Tel.:  
Berechneter Entbindungstermin: Wievieltes Kind: Letzte Periode:  
Gesetzlich oder Privat Wenn privat: Chefarztbehandlung? JA oder NEIN  
Nachname Kind: Versicherung Kind:  
Frauenarzt/-ärztin: Tel.:  
Hebamme: Tel.:  
Kinderarzt/-ärztin: Tel.:

## Angaben Partner\*in / Begleitperson JA NEIN falls JA, wie viele Kinder:

Name: Vorname:  
Geburtsdatum: Beruf:

## Möchten Sie das bewegte Geburtsbett bei Ihrer Geburt verwenden, falls möglich? JA NEIN

Das bewegte Geburtsbett können Sie hier virtuell kennenlernen: [www.vibwife.com/heppenheim](http://www.vibwife.com/heppenheim)

## Angaben zum Stillen

Möchten Sie stillen? JA NEIN  
Stillerfahrungen? JA NEIN falls JA, wie viele Kinder:  
falls JA, wie lange wurde gestillt:  
Traten Stillprobleme auf? JA NEIN  
falls JA, welche:

## Primäres Abstillen:

Ist eine Kolostrumgabe (nach Information) gewünscht? JA NEIN

Information über bindungsfördernde Flaschenfütterung

Hinweis auf weitere Kontaktadressen für Hilfe und Informationen

Aushändigung von Informationsmaterial über Flaschenernährung

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

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

### Angaben zu bisherigen Schwangerschaften

Bitte machen Sie Angaben zu: Datum, Ort der Geburt, normal, Zange, Saugglocke, Kaiserschnitt, Grund für KS, Schwangerschaftswoche, Geburtsgewicht, Fehlgeburten

1. Geburt:

2. Geburt:

3. Geburt:

4. Geburt:

Weitere  
Geburten:

Fehlgeburten:

Schwangerschaftsabbrüche:

Anzahl Schwangerschaften:

Welche Komplikationen traten bisher bei Ihnen auf?

### Angaben zur Anamnese (Nehmen Sie hierzu Ihren Mutterpass zur Hand)

Blutgruppe (A, B, AB oder O?):

RH-Faktor (negativ oder positiv?):

Antikörper-Suchtest:

Röteln-HAH-Test:

HBs-Antigen:

HIV abgenommen:

B-Streptokokken:

Chlamydien:

Sind bei Ihnen im Mutterpass in der Anamnese Risiken eingetragen? JA oder NEIN

Hinweis: Den Risikokatalog finden Sie auf Seite 5 & 6 bzw. 21 & 22 im Mutterpass.

falls JA, welche:

Besteht bei Ihnen eine erhöhte Blutungsneigung? JA oder NEIN

Kam es schon einmal zu einem Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel (Thrombose / Embolie)? JA oder NEIN

Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft eine Blutgerinnungsstörung oder sind z.B. Lungenembolien oder Thrombosen aufgetreten? JA oder NEIN

falls JA, welche:

falls JA, wie alt waren die betroffenen Angehörigen:

Halten Sie Diät? JA oder NEIN

Hatten Sie Operationen? JA oder NEIN

falls JA, welche:

falls JA, welche Betäubung? Lokal Teilnarkose Vollnarkose

falls JA, gab es Komplikationen?

Haben Sie Allergien? JA oder NEIN

falls JA, welche:

Hatten Sie Blutungen während der Schwangerschaft? JA oder NEIN

Wurde bei Ihnen Eisenmangel festgestellt? JA oder NEIN falls JA, Hb-Wert:

Rauchen Sie? JA oder NEIN

Leiden Sie unter erhöhtem Blutdruck? JA oder NEIN

Wurden Auffälligkeiten bezüglich des Mutterkuchens festgestellt? JA oder NEIN

falls JA, welche:

Haben Sie einen Zuckertest (OGT 50 mg) durchgeführt? JA oder NEIN falls JA, Ergebnis:

Wurde der große Zuckertest (OGT 75 mg) durchgeführt? JA oder NEIN falls JA, Ergebnis:

Waren Sie beim Diabetologen? JA oder NEIN

Haben Sie Schwangerschaftsdiabetes? JA oder NEIN

Besteht / Bestand eine Infektionskrankheit? JA oder NEIN  
falls JA, welche:

Besteht / Bestand eine Herz-/Kreislauf-Erkrankung? JA oder NEIN  
falls JA, welche:

Besteht bei Ihnen eine Stoffwechselerkrankung? JA oder NEIN  
falls JA, welche:

Bestehen bei Ihnen weitere Erkrankungen? JA oder NEIN  
z.B. an Herz, Lunge, Leber, Niere, Augen, Haut, Skelett, Schilddrüse  
falls JA, welche:

Gibt es bei Ihnen oder in der Blutsverwandschaft Erbkrankheiten oder Hüftdysplasien? JA oder NEIN  
falls JA, welche:

Nehmen Sie Medikamente ein? JA oder NEIN  
falls JA, welche:

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht vor der SS: \_\_\_\_\_ Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_

### **Bemerkungen / Wünsche zur Geburt:**

Anmerkung: Angaben werden im Gespräch nochmals geklärt

**Wünschen Sie einen persönlichen Rückruf durch eine Hebamme?** JA NEIN

falls JA, machen wir Ihnen einen Terminvorschlag.

**Wir bitten Sie, uns Ihren Mutterpass (Seite 2 bis 8) mitzubringen.**

**Wir freuen uns auf Sie!**

**Ihr Geburtshilfe-Team des Kreiskrankenhauses Bergstraße**

#### DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

\*Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für den oben genannten Zweck vom Kreiskrankenhaus Bergstraße bis auf Widerruf gespeichert und verwendet werden.

Wir geben Ihre Daten nicht an Dritte weiter. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für die vor genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind.