

Anmeldung zur Geburt



	Schwangere	Begleitperson
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		
Telefonnummer		
Beruf		
Verheiratet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
Name der Versicherung		
Private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Versicherungsleistungen	<input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Chefärztin-Behandlung
Zimmerwahl bei Verfügbarkeit (ggf. Zuzahlung)	<input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Familienzimmer

Frauenärztin/-arzt + Hausarzt/-ärztin		
Entbindungstermin		
Hebamme (Nachsorge)		
Nachname des Kindes		
Über welche Krankenversicherung wird das Kind versichert sein?	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert _____	<input type="checkbox"/> privat versichert _____

Vorausgegangene Geburten (Fehlgeburten?)	Datum der Geburt	vaginale Geburt	Kaiserschnitt	Geschlecht	Geburtsgewicht	Besonderheiten

Hatten Sie eine Bauch-OP oder andere Operationen in Vollnarkose <small>(z. B. Blinddarm, Kaiserschnitt, Weisheitszähne)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Waren Sie schon einmal ernsthaft krank?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Haben Sie eine chronische Erkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Gibt es in Ihrer Familie		
• chronische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
• angeborene Hörstörungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wer?
• Hüftdysplasien?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wer?
Haben Sie eine Allergie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Gab/gibt es in Ihrer Schwangerschaft Besonderheiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie viele tgl.?
Ihre Größe und Gewicht <u>vor</u> der Schwangerschaft?	Größe:	Gewicht: