



Kreißsaal

Schwemannstraße 17, 30559 Hannover
anmeldung-pnz@diakovere.de
Fax 0511 / 289-3155

Anmeldung zur Entbindung

Liebe werdende Eltern,
wir wünschen Ihnen eine schöne Schwangerschaft und freuen uns auf Sie!
Mit der Rücksendung dieses ausgefüllten Fragebogens sind Sie zur Entbindung angemeldet.
Sie benötigen und erhalten keine zusätzliche Bestätigung.

NAME	VORNAME		GEBURTSDATUM	
WOHNORT	PLZ	STRASSE		
TELEFON	MOBIL			
BERUF	HERKUNFTSLAND			
FAMILIENSTAND	VERHEIRATET	LEDIG	GESCHIEDEN	GETRENNT LEBEND
EHEMANN/PARTNER	BERUF	TELEFON	MOBIL	
ERRECHNETER GEBURTSTERMIN	KRANKENKASSE			
WAHLEISTUNG	1-BETT-ZIMMER	ÄRZTLICHE LEISTUNGEN	FAMILIENZIMMER	
FRAUENARZT /-ÄRZTIN	BETREUENDE HEBAMME			
KINDERARZT/-ÄRZTIN (GEPLANT)				

LETZTE REGEL	GRÖSSE	GEWICHT VOR SCHWANGERSCHAFT		
VORERKRANKUNGEN				
ALLERGIEN				
BESONDERE ERKRANKUNGEN (FAMILIE)	HÜFTERKRANKUNG	ANDERE		
OPERATIONEN	MEDIKAMENTE			RAUCHERIN

GEBURTEN BISHER							
DATUM	WOCHEN	GEWICHT KIND	GESCHLECHT	KOMPLIKATIONEN	DAUER		
					GESTILLT		
					GESTILLT		
					GESTILLT		
					GESTILLT		
	DATUM	WOCHEN	DATUM	WOCHEN	DATUM	WOCHEN	

FEHLGEBURTEN

SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE

BEMERKUNGEN UND WÜNSCHE

BESONDERHEITEN IM BISHERIGEN SCHWANGERSCHAFTSVERLAUF

Geburtsprotokoll

NAME _____

GEBURTSDATUM _____

VORNAME _____

ALTER _____

ET	GRAV-/PARA	BLUTGRUPPE	AKTUELLES ETIKETT
HbSag DATUM	STREPTOKOKKEN	GESTATIONS DIABETIS	
positiv	positiv	dGDM	
negativ	negativ	iGDM	
im Krankenhaus abgenommen	unbekannt	Typ 1 Diabetes	
BESONDERHEITEN			
ALLERGIEN			

ADRESSE _____

TELEFON _____

MOBIL _____

BERUF _____

HERKUNFTSLAND _____

FAMILIENSTAND VERHEIRATET LEDIG GESCHIEDEN GETRENNT LEBEND

EHEMANN/PARTNER BERUF _____ TELEFON _____ MOBIL _____

KRANKENKASSE _____

WAHLLLEISTUNG 1-BETT-ZIMMER ÄRZTLICHE LEISTUNGEN FAMILIENZIMMER

FRAUENARZT /-ÄRZTIN _____

BETREUENDE HEBAMME _____

KINDERARZT/-ÄRZTIN (GEPLANT) _____

Anamnese

NAME _____ GEBURTSDATUM _____

VORNAME _____ ALTER _____

GEWICHT VORHER _____ GEWICHT AKTUELL _____ DATUM _____ GRÖSSE _____

ABUSUS _____ RAUCHERIN _____ ANZAHL _____

HIV-TEST _____ DURCHGEFÜHRT _____ NICHT DURCHGEFÜHRT _____ CHLAMYDIEN _____ TOXOPLASMOSE _____ CMV _____

FAMILIENANAMNESE _____ HÜFTGERANKUNG _____

EIGENANAMNESE _____

OPERATIONEN _____

MEDIKAMENTE _____

FEHLGEBURTEN

_____|_____|
 DATUM SSW

_____|_____|
 DATUM SSW

_____|_____|
 DATUM SSW

SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE

_____|_____|
 DATUM SSW

_____|_____|
 DATUM SSW

_____|_____|
 DATUM SSW

GEBURTEN BISHER

DATUM	SSW	GEWICHT KIND	GESCHLECHT	KOMPLIKATIONEN	GESTILLT	DAUER

DATUM	SSW	GEWICHT KIND	GESCHLECHT	KOMPLIKATIONEN	GESTILLT	DAUER

DATUM	SSW	GEWICHT KIND	GESCHLECHT	KOMPLIKATIONEN	GESTILLT	DAUER

DATUM	SSW	GEWICHT KIND	GESCHLECHT	KOMPLIKATIONEN	GESTILLT	DAUER

WÜNSCHE ZUR GEBURT _____