

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	NAME EHE-/PARTNER*IN		
BERUF EHE-/PARTNER*IN	TELEFON	MOBIL	
ERRECHNETER GEBURTSTERMIN	KRANKENKASSE		
GEWÜNSCHTE WAHLLLEISTUNGEN	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	WOCHE	GEWICHT KIND	GESCHLECHT	KOMPLIKATIONEN	DAUER
					GESTILLT

DATUM	WOCHE	DATUM	WOCHE	DATUM	WOCHE
-------	-------	-------	-------	-------	-------

FEHLGEBURTEN

SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE

BEMERKUNGEN UND WÜNSCHE

BESONDERHEITEN IM BISHERIGEN
SCHWANGERSCHAFTSVERLAUF



Geburtsprotokoll

NAME _____

GEBURTSDATUM _____

VORNAME _____

ALTER _____

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

AKTUELLES ETIKETT

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

SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE

_____|_____|
 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 _____