

## Selbstauskunft/Voranmeldung zur Geburt

Liebe werdende Eltern,

wir freuen uns, dass Sie sich für die Geburt im Klinikum St. Georg entschieden haben. Wir möchten diesen Fragebogen nutzen, um Informationen zu Ihrer Gesundheitsgeschichte zu erhalten, um Ihre Geburtsanmeldung zu vervollständigen und die Geburt Ihres Kindes individuell begleiten zu können.

### Ablauf:

- Bitte füllen Sie den Bogen aus
- Kopieren/scannen Sie **alle** Seiten von Ihrem Mutterpass
- Kopieren/scannen Sie alle Arztbefunde (Feindiagnostik, besondere Laborbefunde, Arztbriefe)
- Bei Unsicherheiten Ihrerseits kontaktieren Sie uns gern unter: 0341-9093535
- **Bitte achten Sie auf eine genaue Angabe ihrer Kontaktdaten, damit wir Sie bei Rückfragen kontaktieren können**
- Minderjährige Schwangere müssen gemeinsam mit der sorgeberechtigten Person unterschreiben

### Zusendungsmöglichkeiten aller Dokumente:

- **E-Mail in den Kreißsaal:** [elternschule@sanktgeorg.de](mailto:elternschule@sanktgeorg.de)
- **Postalisch:**  
Klinikum St. Georg gGmbH  
Kreißsaal  
Delitzscher Straße 141  
04129 Leipzig
- **Faxmöglichkeit direkt in den Kreißsaal:** 0341 / 9093522

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung und freuen uns Sie bald im Kreißsaal begrüßen zu dürfen.

Ihr Hebammenteam des St. Georg

**Persönliche Angaben:**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Letzte Regel: \_\_\_\_\_

Entbindungstermin: \_\_\_\_\_

Behandelnder Gynäkologe: \_\_\_\_\_

Betreuende Hebamme: \_\_\_\_\_

**Begleitperson/Notfallkontakt:**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Familienanamnese:**

Gibt es chronische/behandlungsbedürftige Erkrankungen oder angeborene Fehlbildungen innerhalb der Familie?

Wenn ja, welche?

| Angehörige Person          | Diagnose/ Erkrankung |
|----------------------------|----------------------|
| Kindsvater                 |                      |
| Mutter der Kindsmutter     |                      |
| Vater der Kindsmutter      |                      |
| Geschwister                |                      |
| Großeltern der Kindsmutter |                      |

## Schwangerschaftsanamnese

Anzahl Fehlgeburten:

Anzahl Schwangerschaftsabbrüche:

Anzahl Eileiterschwangerschaften:

Gab es dabei eine operative Nachastung?  Ja /  Nein

| Datum | SSW | Spontangeburt,<br>Saugglocke,<br>Kaiserschnitt | Geburts-<br>verletzung<br>Dammschnitt,<br>Risse | Geschlecht | Gewicht | Gab es Besonderheiten während der<br>Schwangerschaft, Geburt,<br>Wochenbett?<br>(Geburtsort/-Klinik) |
|-------|-----|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |     |                                                |                                                 |            |         |                                                                                                      |
|       |     |                                                |                                                 |            |         |                                                                                                      |
|       |     |                                                |                                                 |            |         |                                                                                                      |
|       |     |                                                |                                                 |            |         |                                                                                                      |

Wenn Sie uns weitere Informationen zu Ihren Schwangerschaften mitteilen möchten, dann nutzen Sie folgende Zeilen:

---



---



---

Bestand eine Covid-19-Infektion während der Schwangerschaft?  
Bitte mit Angabe von Monat/Jahr und Symptomen:

---



---



---

Freiwillige Angabe zum Impfstatus:

---

### Informationen zu Ihrer Gesundheitsgeschichte

1. Haben Sie chronische/angeborene oder behandlungsbedürftige Erkrankungen?

Ja       Nein

---

---

---

---

2. Wurden Sie bereits schon einmal operiert?       Ja       Nein

Wenn ja - Welche Operationen (mit Jahresangabe)?  
(insbesondere Operationen an der Gebärmutter/Eileiter)  
Gab es dabei Besonderheiten während oder nach der Narkose?

---

---

---

---

3. Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten?       Ja       Nein

Wenn ja – wann?  
Gab es Besonderheiten in der Verträglichkeit?

---

---

4. Haben Sie Allergien?       Ja       Nein  
(z.B.: Medikamente, Pflaster, Antibiotika, Latex)  
Wenn ja, welche?:

---

---

5. Neigen Sie zu verstärkten Blutungen? Haben Sie oder ihre Angehörigen eine erhöhte Blutungsneigung bzw. eine bekannte Gerinnungsstörung?

Ja       Nein

---

---

6. Nehmen Sie Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?:  
(Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel, Insulin, Fragmin, Heparin)

---

---

---

7. Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit?  
(z.B.: Hepatitis, HIV, Tuberkulose)  Ja  Nein

---

---

8. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?  
Wenn ja, welche Dioptrinstärke?  Ja  Nein

---

9. Rauchen Sie?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie viel täglich?:

---

10. Trinken Sie täglich Alkohol?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie viel?:

---

11. Konsumieren Sie oder haben Sie in der Vergangenheit Drogen konsumiert?  
 Ja  Nein  
Wenn ja, welche und den Zeitraum?:

---

## Angaben zur aktuellen Schwangerschaft

- Größe:
- Gewicht vor der Schwangerschaft:

### 1. Pränataldiagnostik:

Erfolgten weitere Untersuchungen neben der normalen Vorsorge?  
Bitte ankreuzen

- Ersttrimesterscreening
- Ultraschall zum Fehlbildungsausschluss/Feindiagnostik
- Fruchtwasserpunktion / Chorionzottenbiopsie
- Nichtinvasiver Pränataltest (Blutprobe der Mutter zur Chromosomendiagnostik des Kindes, z.B.: Harmonytest)

### 2. Gab es bei den Untersuchungen Auffälligkeiten?

(bzgl. Fruchtwasser, Placenta oder Ihrem Kind)  Ja  Nein

---

---

### 3. Sind bei Ihnen Risikofaktoren bekannt? (Bitte ankreuzen)

- Mehrlingsschwangerschaft
- Schwangerschaftszucker wenn ja: mit/ ohne Insulin
- erhöhter Blutdruck
- Zustand nach Präeklampsie / HELLP
- vorausgegangener Kaiserschnitt
- Kind liegt **nicht** in Schädellage
- liegt die Placenta (Mutterkuchen) **vor** dem Muttermund

**Möchten Sie uns im Hinblick auf die Geburt noch etwas mitteilen?  
Haben Sie besondere Wünsche?**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Vom Personal auszufüllen:**

**Name der Frau:** \_\_\_\_\_

Eingang Fragebogen: \_\_\_\_\_

Aktuelle SSW: \_\_\_\_\_

Risiko vorhanden: ja/nein

Vorstellung nötig? Ja/nein

Grund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Information der Frau:**

Email

Telefonisch

\_\_\_\_\_  
Datum