

Anfrage zur Aufnahme im



NameGeburtsdatum.....

Adresse:

Email-Adresse:

Telefon:

errechneter Geburtstermin

Vergangene Schwangerschaften: Dies ist Ihrete Schwangerschaft

Anzahl der Geburten Anzahl der Kinder

Gab es folgende Besonderheiten/ Komplikationen in einer vorangegangenen Schwangerschaft/Geburt?

	Bitte möglichst konkret – wann, was...
Kaiserschnitt	
Andere Gebärmutter-Operationen, wie z.B. Ausschabung nach Geburt, operative Plazentaentfernung, operativer Schwangerschaftsabbruch, Eileiterschwangerschaft	
Fehlgeburt mit Ausschabung	
Blutverlust bei Geburten / Fehlgeburten	
Sonstiges	

Vorerkrankungen, z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aktueller Hepatitis B-Infektion, HIV, sonstige schwerwiegende Erkrankungen:

.....
.....

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

.....

Größe und Gewicht vor der Schwangerschaft:m.....kg