

Anfrage zur Aufnahme im Geburtshaus Charlottenburg GmbH

Name:	Errechneter Termin:
Adresse:	Geburtsdatum:
E-Mail:	Telefon:

Zahl der vorausgegangene Lebendgeburten, Fehlgeburten und stillen Geburten gesamt	
Davon spontane Geburten (einschließlich Geburten mit Hilfe von Saugglocke oder Zange)	
Davon Kaiserschnitte (unabhängig ob in Ruhe oder in Not)	
Davon Ausschabungen (durch Abbruch oder Fehlgeburt oder Problemen bei der Nachgeburt	
Davon erhöhter Blutverlust bei vorausgegangenen Geburten	
Benötigen Sie mehr als eine Stunde Fahrzeit ins Geburtshaus (normaler Straßenverkehr)?	

Kriterien die eine außerklinische Geburt laut Ergänzungsvertrag ausschließen	Ja	nein
zwei Kaiserschnitte hintereinander		
aktuelle Infektionen (Hepatitis B, HIV)		
Insulinpflichtiger Schwangerschaftsdiabetes		
BMI über 35		
Nehmen Sie dauerhaft bis zur Geburt Medikamente? (z.B. Antidepressiva, Heparin)		
Gerinnungsstörungen		
Haben Sie sich vorab über unser Geburtshaus informiert (Homepage oder online-Infoabend auf der Homepage, ab Dez möglich)		
Wurden damit Ihre Fragen zum Geburtshaus Charlottenburg beantwortet		
Haben sie bereits Erfahrungen mit Geburtshäusern oder anderen außerklinischen Einrichtungen gemacht?		
Haben Sie Kenntnis über den Unterschied zwischen Kliniken und Geburtshäusern Aus welchem Grund möchten sie Ihr Kind im Geburtshaus Charlottenburg bekommen?		
Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?		