

Patientenbogen

Versicherungsdaten

Nachname, Vorname Mutter: _____ Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefonnr.: _____

Krankenversicherung: Privat Gesetzlich (wenn gesetzlich, bitte folgendes ausfüllen):

Name der Krankenkasse: _____ IK-Nummer der Kasse: _____

Versichertennummer: _____ Gültig bis dd/mm/jjjj (s. Rückseite): _____

Krankheitsgeschichte/ Anamnese

Haben Sie Allergien? Nein Ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente oder
Nahrungsergänzungsmittel ein? Nein Ja, welche?

Haben Sie eine chronische
Erkrankung? ¹ Nein Ja, welche?

Wurden Sie schonmal operiert?
(v.a. an Brust oder Gebärmutter) Nein Ja, was?

Gibt es chronische Krankheiten in ihrer
Familie² ? Nein Ja, welche?

Mutterpass

Errechneter Entbindungstermin (ggf. korrigiert): _____ Frauenarzt: _____

Blutgruppe: _____ Rhesusfaktor: _____

Wie oft waren Sie schon schwanger? _____ Wie viele Kinder haben Sie bereits? _____

Gab es in der Schwangerschaft irgendwelche Komplikationen/ Erkrankungen? Nein Ja, welche: _____

¹Chron. Erkrankungen: z.B. Schilddrüse, Herz, Lunge, Leber, Niere, Psyche, Haut, Gerinnung, Stoffwechsel,...

²Familie meint hier Eltern und Geschwister von Ihnen und dem Kindsvater, sowie der Kindsvater selbst

Aktuelle Geburt³

Geburtsmodus: Spontan Kaiserschnitt Saugglocke/ Zange | Schwangerschaftswoche bei Geburt: _____

Komplikationen bei Geburt: _____

Geburtsverletzungen: Dammriss Dammschnitt Sonstiges: _____

Hb/ Eisenwert der Mutter bei Abschlussuntersuchung in der Klinik: _____

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum des Kindes: _____

Kinderarzt: _____ Apgar: ____/____/____ Geschlecht des Kindes: _____

Geburtsgewicht: _____ Länge: _____ Kopfumfang: _____

Niedrigstes Gewicht: _____ (Datum: _____)

Entlassgewicht: _____ (Datum: _____)

Letztes gewogenes Gewicht: _____ (Datum: _____)

Gelbsuchtwert (falls vorhanden; bitte alle Werte mit Alter des Kindes in h eintragen oder Kurve in Kopie hinzufügen):

_____/Alter: ____ h _____/Alter: ____ h _____/Alter: ____ h _____/Alter: ____ h

Wie wurde Ihr Kind bisher ernährt? gestillt Säuglingsersatznahrung Muttermilch zugefüttert

Erster Termin im Mehrgenerationenhaus Untergruppenbach

Aktuelles Alter Ihres Kindes (in Tagen/ Wochen): _____

Haben Sie seit der Geburt Ihres Kindes bereits Hebammenhilfe in Anspruch genommen? Nein Ja, durch

_____ (Name der Hebamme/ Sprechstunde). Wann/ wie oft? _____

Welches Problem/ welche Frage führt Sie heute zu uns?

- Gewichtskontrolle beim Kind
- Kontrolle des Bauchnabels beim Kind
- Sonstiges beim Kind: _____
- Kontrolle der Gebäuterrückbildung/ Fragen zum Wochenfluss
- Kontrolle der Geburtsverletzung/ Kaiserschnittnarbe
- Brust-/ Stillprobleme, welche? _____
- Sonstiges: _____

³ Angaben hierzu finden Sie im Mutterpass auf Seite 15 und im gelben U-Heft!