



**Im Normalfall bitte den Bogen im Zeitraum 34 - 36 Schwangerschaftswochen ausfüllen!**

Liebe Schwangere,  
um während der Corona-Krise die Personenkontakte im Krankenhaus auf das unbedingt erforderliche Maß zu begrenzen, finden aktuell persönliche ambulante Vorstellungen zur Geburtsanmeldung nur bei Bedarf oder Ihrem ausdrücklichen Wunsch statt. Lassen Sie sich dennoch vorsorglich vom Frauenarzt eine "Überweisung zur Geburtsplanung" ausstellen. Anhand dieses Fragebogens, des Mutterpasses und der Überweisung werden wir entscheiden, ob eine persönliche Vorstellung erforderlich ist.  
Sollten wir Gründe für eine persönliche Geburtsanmeldung feststellen, so informieren wir Sie. Dazu bitten wir um die Angabe einer verlässlichen Kontaktmöglichkeit (z.B. Mobiltelefon). Wenn keine persönliche Vorstellung erforderlich ist, legen wir zunächst nur Ihre Geburtsakte an und bitten Sie sich bei weiter problemlos verlaufender Schwangerschaft erst mit Wehen, Fruchtwasserabgang, Blutungen (!) oder anderen Besonderheiten bei uns direkt im Kreißaal vorzustellen. Bis dahin sind Sie in Betreuung Ihres Frauenarztes / Ihrer Hebamme.  
Wir wünschen Ihnen einen guten Schwangerschaftsverlauf und freuen uns auf ein persönliches Kennenlernen.

Im Namen des Teams der Geburtshilfe

Dr. Sven Seeger                      Kathrin Eichhorn  
Chefarzt Geburtshilfe            Leitende Hebamme

Im besten Fall zeigen Sie den ausgefüllten Bogen vor Versand Ihrem Frauenarzt/ Ihrer Hebamme. Senden Sie uns diesen **Fragebogen** und eine **Kopie des Mutterpasses** sowie eventuell wichtige Vorbefunde/Arztbriefe und eine Kopie des **Überweisungsscheines** auf einem der folgenden Wege zu:

E-Mail: [anmeldung-geburt@krankenhaus-halle-saale.de](mailto:anmeldung-geburt@krankenhaus-halle-saale.de)                      oder            Fax: (0345) 213 4429  
Post:      KH St. Elisabeth und St. Barbara, Kreißaal, Mauerstr. 5, 06110 Halle

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Voraussichtlicher Entbindungstermin lt. Mutterpass:**

Welcher Nationalität gehören Sie an? \_\_\_\_\_

(Nur für Ausländer): Sprechen Sie Deutsch? :  Ja /  Nein, Wenn nein, welche Sprachen: \_\_\_\_\_

Name, Vorname d. Partners / Kindsvaters: \_\_\_\_\_

Sind Sie berufstätig:  Nein /  Ja            Wenn Ja, welcher Beruf: \_\_\_\_\_

Betreuende Frauenärztin/der betreuende Frauenarzt: \_\_\_\_\_

Hebammenvorbereitung:  Nein /  Ja , Name Hebamme: \_\_\_\_\_

Hebammennachsorge geplant:  Nein /  Ja , Name Hebamme: \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einen Kinderarzt für danach:  Nein /  Ja Name Arzt: \_\_\_\_\_

**\*\*\*\* BITTE NICHT VERGESSEN UNS DIE KOPIE DES MUTTERPASSES ZU SENDEN! \*\*\*\***

**Angaben zu zurückliegenden Schwangerschaften**

Anzahl zurückliegender Geburten:	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>			
Anzahl Fehlgeburten / Abbrüche / Eileiterschwangerschaften:	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Darunter Fehlgeburten nach der 20. Schwangerschaftswoche?				
Wenn ja, nähere Angaben:				

<b>Angaben zu den zurückliegenden Schwangerschaften / Geburten / Wochenbett</b>						
Jahr	War es eine Frühgeburt <37 Wochen? Wenn ja welche Woche?	Geburt wie? Normal, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange	Hatten Sie Geburtsverletzungen?	Geburtsgewicht	Gab es Probleme bei Schwangerschaft / Geburt / Wochenbett?	Ist das Kind gesund? wenn nicht, bitte nähere Angaben

Weitere Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften, die Ihnen wichtig erscheinen:  
(Wenn nicht ausreichend Platz eine Anlage erstellen)

---

**Angaben zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte**

1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  Nein /  Ja  
 Wenn Ja welche: \_\_\_\_\_
2. Hatten Sie schon einmal eine Thrombose?  Nein /  Ja  
 Wenn Ja, nähere Angaben: \_\_\_\_\_
3. Haben Sie eine verstärkte Blutungsneigung? Haben Angehörige von Ihnen eine verstärkte Blutungsneigung (die nicht durch Medikamente bedingt ist)  Nein /  Ja  
 Wenn Ja, nähere Angaben: \_\_\_\_\_
4. Rauchen Sie? Wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_  Nein /  Ja  
 Alkohol in der Schwangerschaft? Wenn ja, wann, wie viel?  Nein /  Ja  
 Drogen in der Schwangerschaft? Wenn ja, was, wann?  Nein /  Ja
5. Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?  Nein /  Ja  
 Wenn Ja, nähere Angaben: (z.B. Hoher Blutdruck, Diabetes, Epilepsie, Erkrankungen Herz, Niere, Darm ...)

**\*\*\*\* BITTE NICHT VERGESSEN UNS DIE KOPIE DES MUTTERPASSES ZU SENDEN! \*\*\*\***

## Selbstauskunft - Anmeldung zur Entbindung im KH St. Elisabeth und St. Barbara Halle

Version 2.0 vom 01.07.2020

6. Wurden Sie schon einmal operiert?  Nein /  Ja  
Wenn Ja, nähere Angaben (Gab es Probleme bei der OP oder der Narkose, gab es eine verstärkte Blutung):

- 
7. Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?  Nein /  Ja  
Wenn Ja, welche? (Hier nicht Vitamine, Folsäure, Jod usw. die vorsorglich. für die Schwangerschaft sind)

---

### Angaben zur aktuellen Schwangerschaft

8. Erfolgte(n) über die normale Vorsorge hinaus spezielle vorgeburtliche Untersuchungen?  
 Ersttrimesterscreening  
 Ultraschall zum Fehlbildungsausschluss  
 Fruchtwasserpunktion / Chorionzotendiagnostik  
 Nichtinvasiver Pränataltest (Blutprobe d. Mutter z. Chromosomendiagnostik d. Kindes, z.B. Fetalis-, Harmony-, Veracity-Test)

Gab oder gibt es Besonderheiten bei bisher durchgeführten Ultraschalluntersuchungen?  Nein /  Ja

- 
9. Gibt es Schwangerschaftsrisiken, Probleme o. auffällige Befunde in der aktuellen Schwangerschaft?  Nein /  Ja

(Wenn Ja, bitte ankreuzen)

- Mehrlingsschwangerschaft  
 Schwangerschafts-Bluthochdruck (Präeklampsie)  
 Schwangerschaftsdiabetes ("Zuckerkrankheit"):  
-> wenn Ja:  ohne Insulin oder  mit Insulinbedarf (Bitte die Blutzuckerwerte übermitteln.)  
 Minderwachstum des Kindes (Kind zu klein)  
 Das Kind liegt bisher nicht in Schädellage (siehe auch Information Beckenendlage auf unserer Homepage)  
 Andere Probleme / Risiken:

- 
10. Gibt es spezielle Wünsche zu Ihrer bevorstehenden Entbindung?  Nein /  Ja  
(eventuell Anlage verwenden) z.B. Geburt im Hebammenkreißsaal, Wassergeburt,

- 
11. Gibt es soziale Probleme?  Nein /  Ja  
 Werden Sie durch das Jugendamt betreut  
 Sorgerecht kann selbst nicht übernommen werden  
 Familienhebamme geplant?  
 Unterbringung im Mutter Kind Heim  
Wenn ja, bitte teilen Sie uns mit, wer die Ansprechpartner sind, wer das Sorgerecht übernimmt usw.:

**\*\*\*\* BITTE NICHT VERGESSEN UNS DIE KOPIE DES MUTTERPASSES ZU SENDEN! \*\*\*\***

