

# ST. JOSEFS-HOSPITAL WIESBADEN GMBH

Frauenklinik · Chefarzt Prof. Dr. med. B. Gabriel



## Geburtshilfliches Registrierung

Krankenkasse: .....

Zusatzversicherung: .....

Wahlleistungen:

- 1 Bett                       Gesetzlich versichert  
 2 Bett                         Arztwahl  
 Familienzimmer        HKS

Frauenarzt/ärztin: .....

### Persönliche Daten

Name	
Geburtsname	
Vorname	
Titel	
Beruf	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ	
Wohnort	
Telefon mobil	Cov 19: Datum genesen: .....
Familienstand	Datum 1. Impfung: .....
Konfession	Datum 2. Impfung: ..... Datum Boosterimpfung: .....

JAHRGANG	GEB. Nr.	<b>Kliniketikett</b>

### Wer begleitet Sie zur Geburt?

<b>Partner/in / Kontaktperson</b>		Name / Titel	
Vorname			
Beruf		Cov 19: Datum genesen: .....	
Geburtsdatum		Datum 1. Impfung: .....	
Tel. mobil		Datum 2. Impfung: ..... Datum Boosterimpfung: .....	
<b>Geplanter Nachname des Kindes:</b>			
Akupunktur der Schwangeren vor Geburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Hebamme Geburtsvorbereitungskurs: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name: .....			
Hebamme Nachsorge: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name: .....			
<b>Errechneter Termin:</b>			
Interne Terminkorrektur:			
<b>Blutgruppe</b>	<b>Rhesus</b>	<b>AntiD-Prophylaxe</b>	<b>Datum</b>
<b>Grav</b>	<b>Para</b>		
<b>Allergien</b>			

<b>Risiko / Vorerkrankungen / Auffälligkeiten</b>
---

### Frühere Geburten

Jahr	Geburtsmodus (Spontan, Saug- glocke, Zange, Sectio)	Dauer	w / m / d	Gewicht	SSW	Geburts- verletzung/ Dammschnitt	Besonderheiten (z.B. Blutungen, CTG, Auffälligkeiten, PDA)	Still- dauer	Klinik

Fehlgeburten/Abbrüche: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		In welchem Jahr?	
<b>SONO BEFUND:</b>	<b>Gewicht:</b>	<b>g</b>	<b>Lage:</b>
		<b>Plazentasitz:</b>	

**Anamnese**

**Sind bei Ihnen Allgemeinerkrankungen bekannt?**

(z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, Diabetes, Schilddrüsenüber- oder unterfunktion, Skelettanomalien, psychische Erkrankungen)

.....  
.....

**Gibt es in Ihrer Familie schwerwiegende bzw. erbliche Krankheiten?**

(z.B. Herz- oder Nierenprobleme, Hüftleiden, Fehlbildungen)

.....  
.....  
.....

**Gerinnungsanamnese:**

**Ja**      **Nein**

- 1. Treten bei Ihnen vermehrt blaue Flecken auf ohne dass Sie sich gestoßen haben, oder kleine Blutungen, wie z.B. Nasen- oder Zahnfleischblutung?
- 2. Haben Sie den Eindruck, dass es bei Ihnen bei Schnitt- oder Schürfwunden länger nachblutet?
- 3. Traten bei Ihnen längere und verstärkte Blutungen während oder nach dem Ziehen von Zähnen auf?
- 4. Traten bei Ihnen bereits einmal längere oder verstärkte Blutungen während oder nach Operationen auf? (z.B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Entbindungen, Fehlgeburten)
- 5. Gab oder gibt es in Ihrer Familie Fälle von Blutungsneigung?
- 6. Haben Sie in letzter Zeit Schmerz-, Rheuma- oder fiebersenkende Medikamente eingenommen?

Name des Medikamentes: .....

Tag der letzte Einnahme: .....

- 7. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Monatsblutungen verlängert (länger als 7 Tage) oder verstärkt sind?

Falls mehr als **2 Fragen** mit **ja** beantwortet werden, bitte Abnahme von **Thrombo, Quick, PTT, Fibrinogen** (macht die Klinik)

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche?**

Präparat	Dosierung (z.B. mg)	Morgens	Mittags	Abends

**Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt (z.B. Ausschabung, Gebärmutter, Wirbelsäule usw.)?**

Zeitpunkt	Erkrankung	Welche Operation	Komplikation

**Konsumieren Sie regelmäßig eine der folgenden Substanzen?**

Nikotin: ..... Zigaretten pro Tag

Alkohol: ..... Gläser Wein/Bier / ..... pro Tag

Drogen: ..... Anwendungen pro Tag; Name der Droge: .....

letzte Periode (LP):	
Zykluslänge/Tage:	
ICSI/IVF/Follikelpunktion:	
Größe:	cm
Gewicht vor SS:	kg
Letztes Gewicht im Mutterpass:	kg

**Stationärer Aufenthalt in der Schwangerschaft?**

von: ..... bis .....

Grund: .....

.....  
.....

**Geburtsplan von .....**

Der Geburtsplan soll eine Orientierungshilfe für Sie und die Geburtsklinik sein, um eine nach Ihren Wünschen gestaltete Geburt zu ermöglichen. Da jede Geburt einzigartig und nicht planbar ist, ist es uns wichtig, jederzeit in guter Kommunikation mit Ihnen zu sein und Ihr Selbstbestimmungsrecht zu achten.

**Gab es in Ihrem bisherigen Schwangerschaftsverlauf Besonderheiten?**

(z.B. Blutungen, Infektionen, Schwangerschaftsdiabetes, hoher Blutdruck, besondere Belastungen, BEL, Gestose)

.....  
.....  
.....

**Latenzphase**

Die Latenzphase ist die Phase vor der eigentlichen Eröffnungsperiode, die der Vorbereitung des Muttermunds dient. Sie ist bei jeder Frau unterschiedlich lang und belastend. Ein aktives Vorgehen ist hier nicht sinnvoll, daher verhalten wir uns abwartend, stehen Ihnen aber beratend zur Seite.

Was ist Ihnen wichtig? Was denken Sie, könnte Ihnen in dieser Phase helfen?

.....  
.....  
.....

**Eröffnungsphase**

Im Laufe dieser Phase werden Sie sich auf den Weg in den Kreißsaal machen. Uns ist es wichtig, Sie bei Ihrer Geburtsarbeit zu unterstützen. Wir können Ihnen dazu unterschiedliche Möglichkeiten anbieten: Badewanne, Atemanleitung, Kirschkernkissen, Matte, Seil, Ball, Aromatherapie, Homöopathie, Akupunktur, Bewegung und bei Bedarf Schmerzmittel oder eine PDA.

Was ist Ihnen wichtig?

.....  
.....  
.....

**Geburtsphase**

Auch in dieser Phase begleiten wir Sie dabei, die für die Geburt förderlichste Position zu finden. Dabei ist sowohl auf Ihr Körpergefühl als auch auf den Geburtsverlauf zu achten. Wir versuchen sehr, einen Dammschnitt zu vermeiden.

Was ist Ihnen wichtig?

.....  
.....  
.....

**Bonding- und Nachgeburtsphase**

Ihr Kind kommt in der Regel direkt nach der Geburt nackt auf Ihre Brust. Wir lassen die Nabelschnur auspulsieren. Das Baby wird voraussichtlich jetzt schon an der Brust trinken. Dies ist eine innige Zeit des Kennenlernens, auch nach einem Kaiserschnitt.

Was ist Ihnen wichtig?

.....  
.....  
.....

### Stillphase

Wir möchten Ihnen und Ihrem Neugeborenen den Start in eine erfolgreiche Stillbeziehung erleichtern. Haben Sie bereits Still Erfahrung? Wie lange haben Sie gegebenenfalls Ihr Kind / Ihre Kinder gestillt?

.....

.....

.....

Auch wenn Sie nicht stillen möchten, wird dies selbstverständlich unterstützt.

### Hebammenkreißsaal (HKS)

Haben Sie Interesse, im Hebammenkreißsaal (HKS) des St. Josefs-Hospital Wiesbaden zu entbinden? Dann lesen Sie sich bitte hier die Informationen und die Voraussetzungen dafür durch:

<https://www.joho.de/hebammenkreissaal>

Was ist Ihnen für die Geburt im HKS wichtig?

.....

.....

.....

Gibt es etwas, was Ihnen darüber hinaus noch wichtig ist?

.....

.....

.....

.....