

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Heutiges Datum _____

Beruf _____

Sehr geehrte Patientin, wir möchten Sie um einige Angaben bitten, um Sie optimal behandeln zu können. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ist Ihr Kind gesund? Ja _____

Mein Kind ist ein Junge Mädchen

Es heißt: _____

Mein Kind wog bei der Geburt _____ g

Mein Kind hatte eine Größe von _____ cm

Der Kopfumfang lag bei _____ cm

Wie ernähren Sie Ihr Kind? Ich stille. Ich gebe die Flasche.

Wann haben Sie entbunden? _____

Wo haben Sie entbunden? _____

Wie haben Sie entbunden? spontan Geburt wurde eingeleitet

War eine vaginale Entbindung möglich? Ja Kaiserschnitt Zange oder Saugglocke

In welcher Schwangerschaftswoche haben Sie entbunden? _____ SSW

Musste Ihr Kind auf eine Neugeborenen-Station verlegt werden? Ja Nein

Gab es Komplikationen? Wenn ja, welche?

Hat Ihr Baby eine Infusion nach der Geburt erhalten? Ja Nein

Haben Sie nach der Schwangerschaft schon mal den Blutzucker gemessen?

Nein Ja, ich habe folgende Werte gemessen:

Planen Sie eine weitere Schwangerschaft?

Ja Nein Vielleicht Weiß nicht Möchte ich nicht sagen

Rauchen Sie? Nie Ex-Raucher ca. ___ Zigaretten am Tag Sonstige

Trinken Sie Alkohol? Nie gelegentlich täglich

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Name	Stärke (z.B. 10 mg)	Wie oft am Tag?
------	---------------------	-----------------

Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt? Nein Ja, _____

Um Sie möglichst gut behandeln zu können, ist es hilfreich, Sie unkompliziert kontaktieren und informieren zu können. Hierfür benötigen wir Ihr Einverständnis.

Wir bieten Ihnen an, Sie zu benachrichtigen, um Termine zu vereinbaren, Untersuchungen vorzubereiten und Schulungen zu planen. Bitte unterschreiben Sie hier zur Einwilligung:

Datum, Unterschrift: _____

Name (leserlich): _____