



## Datenblatt der Schwangeren

Bitte füllen Sie das Formular gut lesbar aus. Alle Angaben und Übersendung der Fotos des Mutterpasses sind freiwillig.

### Schwangere:

- Name/Geburtsname: \_\_\_\_\_
- Vorname: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
- Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- Telefon: \_\_\_\_\_
- Handynummer: \_\_\_\_\_
- Beruf: \_\_\_\_\_

### Partner/Partnerin oder

- Name/Geburtsname: \_\_\_\_\_
- Vorname: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
- Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- Telefon: \_\_\_\_\_
- Handynummer: \_\_\_\_\_
- Beruf: \_\_\_\_\_

### sonstige Angehörige:

- **Zukünftiger Familienname des Kindes:** \_\_\_\_\_

- Krankenversicherung: \_\_\_\_\_
- familienversichert über: \_\_\_\_\_
- Versichertennummer: \_\_\_\_\_

- **Chefarztbehandlung:** ja      nein  
Einbett  
Zweibett

### Frauenarzt/-ärztin:

- Name: \_\_\_\_\_
- Praxisadresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### sonstige Ärzte (z.B. Diabetologe, Ärzte bei chr. Erkrankungen):

- Name: \_\_\_\_\_
- Praxisadresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Eigenanamnese:

- Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_
- Medikamente: \_\_\_\_\_
- Voroperationen: \_\_\_\_\_
- Allergien: \_\_\_\_\_
  
- Thrombose/Gerinnungsstörung: \_\_\_\_\_

### Familienanamnese:

- Erbliche Erkrankungen / Kinder mit Fehlbildungen oder genetischen Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

