

Bitte füllen Sie folgenden Bogen und den gelesenen Behandlungsvertrag aus und bringen beide zu Ihrem Termin, in der ambulanten Wochenbettsprechstunde mit. Wir bitten Sie außerdem, ihren Mutterpass, das Kinderuntersuchungsheft (gelb) und die Versichertenkarte mitzubringen.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Gab es in der Schwangerschaft irgendwelche Besonderheiten wie z.B. Bluthochdruck, Diabetes, psycho-soziales Ungleichgewicht etc.:

Haben Sie geraucht, Alkohol getrunken oder andere Suchtmittel konsumiert? Wenn ja, welche?

Ihr wievieltens Kind/Kinder haben Sie bekommen?

Gab es bei der Geburt irgendwelche Besonderheiten wie z.B. vorzeitiger Blasensprung, Fieber, Wehentropf, Einleitung, kindlich auffällige Herztöne...?

Wie haben Sie geboren (spontan, mit Saugglocke oder per Kaiserschnitt)?

spontan Saugglocke Kaiserschnitt

Haben Sie eine Geburtsverletzung? Nein

Dammschnitt Dammriss Scheidenriss Labienriss (Schamlippen)

Kaiserschnitt Naht wurde die Verletzung genäht? Ja Nein

Gab es nach der Geburt bei Ihnen oder Ihrem Kind eine Besonderheit z.B. erhöhter Blutverlust, Beschwerden an der Geburtsverletzung oder kaiserschnittnaht, erhöhter Gewichtsverlust des Kindes >10%, kindlicher Ikterus (Gelbsucht), Stillschwierigkeiten...?

Mit welchem Anliegen kommen Sie zu uns?
