



**Aufzeichnungsvorlage**

---

Liebe Schwangere, liebe werdenden Eltern,

es ist uns ein wichtiges Anliegen, Sie vor der Geburt gut kennenzulernen, um Ihnen eine möglichst individuelle Betreuung gewährleisten zu können. In diesem Zusammenhang möchten wir einen Überblick über Ihre körperliche Gesundheit, die Schwangerschaft und Ihre Lebenssituation erhalten.

Wir würden uns freuen, wenn Sie und Ihr/e Partner\*in sich die Zeit nehmen, um folgende Fragen als Vorbereitung für die Geburtsanmeldung zu beantworten.

- 1. Haben Sie bereits Kinder geboren?  
Wenn ja, in welchem Jahr? War es eine vaginale Geburt oder ein Kaiserschnitt? Gab es Besonderheiten?

---

---

---

---

---

- 2. Wie haben Sie Ihre Geburtserfahrungen erlebt? Wie fühlt es sich an, wenn Sie sich an Ihre Geburt erinnern?

---

---

---

---

---

- 3. Haben Sie den Verlust von Kindern erlebt? Gab es Totgeburten oder Fehlgeburten? Wurde in der Vergangenheit eine Schwangerschaft aus medizinischen oder persönlichen Gründen abgebrochen?

Wenn ja, haben diese Erfahrungen Auswirkungen auf die jetzige Schwangerschaft?

---

---

---

---

---

- 4. Gab/gibt es körperliche oder psychische Besonderheiten in dieser Schwangerschaft?

---

---

---

---

---



**Aufzeichnungsvorlage**

5. Wann haben Sie und Ihr/e Partner\*in zum ersten Mal Kindsbewegungen gespürt und wie fühlen diese sich an?

---

---

---

---

---

6. Wurde in dieser Schwangerschaft ein Gestationsdiabetes diagnostiziert?

ja                       nein

Haben Sie in diesem Zusammenhang Insulin gespritzt?

ja                       nein

7. Haben Sie Grunderkrankungen?

z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Bandscheibenvorfälle/Wirbelsäulenerkrankungen, Asthma, psychische Erkrankungen, Blutungs- oder Thromboseneigung, Darmerkrankungen etc.

---

---

---

---

---

8. Gibt es in Ihrer gemeinsamen Familie die Veranlagung für eine Hüftdysplasie? Haben Sie oder enge Verwandte in der frühen Kindheit eine Spreizhose getragen oder wurden breit gewickelt?

ja                       nein                      Hinweis: \_\_\_\_\_

9. Haben Sie in der Schwangerschaft regelmäßig Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel eingenommen?

---

---

---

10. Gibt es Medikamente, die Sie aufgrund der Schwangerschaft abgesetzt haben?

---

---

---



**Aufzeichnungsvorlage**

11. Gab es in Ihrem Leben operative Eingriffe? Wenn ja, welcher Art? Gab es Komplikationen?

---

---

---

12. Sind Ihnen Allergien bekannt?  
z.B. Medikamente, Antibiotika, Pflaster, Soja, Nüsse etc.

---

---

---

13. Entsprechend der AWMF Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ verabreichen wir nach der Geburt des Kindes, wenn die Nabelschnur auspulsiert ist und Ihr Kind abgenabelt wurde, 3 I.E. Oxytocin intravenös. Dadurch wird entsprechend der zu Grunde liegenden Studien der Blutverlust nach der Geburt reduziert. Sind Sie damit einverstanden?

ja     nein

14. Wie stellen Sie sich ihre bevorstehende Geburt vor? Was ist Ihnen gemeinsam wichtig?

---

---

---

---

---

---

15. Was wünschen Sie sich für Ihren anschließenden Aufenthalt in unserer Abteilung nach der Geburt?

---

---

---

---

---

---

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben und Ihre Erfahrungen mit uns teilen! Wir freuen uns darauf, Sie in einem persönlichen Gespräch kennenzulernen!

**Ihr geburtshilfliches Team des Severinsklösterchens**