

Checkliste für die Erstvorstellung zur Geburt in der Universitätsfrauenklinik

Bitten Sie die medizinischen Fachangestellten
Ihrer Frauenärztin/Ihres Frauenarztes um Kontrolle der Einträge.

Bitte bringen Sie zum Termin Ihrer Erstvorstellung folgende Unterlagen mit:

- ▶ Versichertenkarte
- ▶ Vollständig ausgefüllter Mutterpass und eine Kopie des Mutterpasses
- ▶ Überweisungsschein
- ▶ Briefe und Befunde zu Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft
- ▶ Relevante Arztbriefe und Befunde zu Vorerkrankungen
- ▶ Bitte aus dem Downloadbereich der Homepage folgende Formulare ausgedruckt und ausgefüllt mitbringen:
 - ▷ Anamnesebogen
 - ▷ Aufklärung zur Geburt
 - ▷ Aufklärung Regionalanästhesie
 - ▷ Fragebogen zur seelischen Gesundheit (EPDS)
 - ▷ Formular Geburtsanzeige
- ▶ Aufklärung zur Geburt
- ▶ Aufklärung zur Regionalanästhesie
- ▶ Fragebogen zur seelischen Gesundheit (EPDS)
- ▶ Formular Geburtsanzeige

Notwendige Eintragungen im Mutterpass sind:

- ▶ Blutgruppe
- ▶ Antikörpersuchtests
- ▶ Röteln
- ▶ HIV
- ▶ PAP
- ▶ Glukosetoleranztest
- ▶ Frühultraschall mit Messergebnissen
- ▶ Impfungen

Von Ihrer Frauenärztin/Ihrem Frauenarzt:

- ▶ Überweisungsschein (nicht zwingend erforderlich)

Anamneseerhebung bei Erstvorstellung

Persönliche Angaben:			
Name:		Vorname:	
Geburtsname:		Geburtsdatum:	
Geburtsort:		Staatsangehörigkeit:	
Muttersprache:		Bekenntnis:	
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> sonstige			
Errechneter Termin:			
Beruf:		Arbeitgeber:	
Berufstätig während der Schwangerschaft:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht ein Beschäftigungsverbot?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja seit wann?
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Wohnort:			
Telefonnummer:		Mobil:	
E-Mail-Adresse:			
Frauenarzt/Frauenärztin:			
Kinderarzt/Kinderärztin:			
Betreuende Hebamme:			
Partner oder im Notfall zu verständigen:			
Name:		Vorname:	
Geburtsname:		Geburtsdatum:	
Beruf:		Mobil:	
Krankenkassendaten:			
Name der Krankenkasse:		Versichertennummer:	
Private Zusatzversicherung:			

**Wünsche zu Unterbringung während des Aufenthaltes in unserem Haus:
Bitte beachten Sie, dass wir Wünsche nur nach Verfügbarkeit und Zuzahlung erfüllen können!**

<input type="checkbox"/> Einbettzimmer (bei gesetzlicher Versicherung 91,90 € pro Tag)	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer (bei gesetzlicher Versicherung 40,45 € pro Tag)
<input type="checkbox"/> Standardbelegung im Dreibettzimmer	<input type="checkbox"/> Familienzimmer (bei gesetzlicher Versicherung 124,00 € pro Tag)

Vorangegangene Geburten:	1.	2.	3.	4.
Jahr:				
Klinik:				
Schwangerschaftswoche:				
Art der Geburt: (z.B. normale Geburt, Kaiserschnitt, Saugglocke)				
Dauer:				
Dammverletzung:				
Komplikationen:				
Geschlecht:				
Gewicht:				
Entwicklung:				
Wochenbett Verlauf:				
Stillen: Ja/nein				
Dauer:				
Probleme?				
Vorherige Schwangerschaften	1.	2.	3.	4.
Jahr:				
Klinik:				
Schwangerschaftswoche:				
Fehlgeburten/ Schwangerschaftsabbruch:				
Ausschabung/Narkose:				
Besonderheiten:				

Sind in dieser Schwangerschaft Komplikationen oder Risiken aufgetreten?

<input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt	<input type="checkbox"/> Pilzinfektion	<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsdiabetes	<input type="checkbox"/> Diätetisch	<input type="checkbox"/> Insulin-Gabe	

Andere Probleme:

Wurde in dieser Schwangerschaft Pränataldiagnostik durchgeführt? Wenn ja welche?

<input type="checkbox"/> Nackenfaltenmessung	<input type="checkbox"/> Bluttest (z.B. Harmony- oder Praenatest)
<input type="checkbox"/> Fruchtwasseruntersuchung	<input type="checkbox"/> andere...

Eigenanamnese:

Größe:		Gewicht vor der Schwangerschaft:		Aktuelles Gewicht:	
Rauchen Sie? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wie viele pro Tag? _____			Trinken Sie Alkohol? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Nehmen Sie Drogen? Ja <input type="checkbox"/>			Welche?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (zum Beispiel für die Schilddrüse, aber auch schwangerschaftsspezifische Medikamente/Vitamine wie Magnesium oder Eisen)					
Sind bei Ihnen Allergien/Unverträglichkeiten bekannt?					
Leiden Sie an bestehenden Grunderkrankungen? (zum Beispiel Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Bluthochdruck, Blut-/Thromboseneigung, Lunge-/Atemwege (Asthma)?)					

Hatten Sie Operationen?	Wann	Klinik	Was	Narkose	Komplikationen
1					
2					
3					
Gibt es bei Ihren nahen Verwandten (zum Beispiel bei den Eltern, Großeltern oder Geschwistern) behandlungsbedürftige, chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombosen, Gerinnungsstörungen oder Behinderungen)?					
Persönliche Notizen zur Orientierungshilfe:					
Haben Sie einen Geburtsvorbereitungskurs besucht?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wer darf Sie bei der Geburt begleiten?					
Name und Telefonnummer:					
Bei folgenden Untersuchungen/Vorgängen sollte die Begleitperson den Raum verlassen:					
Wie können Sie sich vorstellen zu gebären?					
Möchten Sie, dass wir Ihnen ihr Kind direkt nach der Geburt auf ihre Brust legen?			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bitte in dem Moment nachfragen
Nach der Geburt des Kindes folgt die Geburt des Mutterkuchens (Plazenta). Haben Sie darauf bezogen irgendwelche Wünsche? (z.B. Plazentaglobuli, o.ä.)					
Wie wünschen Sie sich Ihren Aufenthalt nach der Geburt?			Ambulante Geburt	Normaler Aufenthalt (ca. 2–3 Tage, nach Kaiserschnitt ca. 4–5 Tage)	
Möchten Sie ihr Kind stillen?			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nur unmittelbar nach der Geburt (Vormilch)

Im Folgenden dürfen Sie alle weiteren Wünsche äußern, die wir bisher nicht angesprochen haben. Gibt es etwas, was wir über Ihre Gewohnheiten wissen sollten? Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, was Sie beschäftigt?

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Folgende Unterlagen benötigen wir für das Standesamt, ...

Alle Unterlagen im ORIGINAL mitbringen (erst zur Entbindung in Ihrer Kliniktasche)! Bei ausländischen Dokumenten ist zusätzlich eine in Deutschland anerkannte Übersetzung, oder ein internationales Exemplar mit abzugeben.

... wenn Sie nicht verheiratet sind, oder bereits geschieden wurden:

- ▶ Bei Familiennamen des Vaters gem. Sorgerechtserklärung oder Namenserteilung
- ▶ Vaterschaftsanerkennung
- ▶ Scheidungsurteil rechtskräftig
- ▶ Heiratsurkunde der vorangegangenen Ehe
- ▶ Geburtsurkunde Mutter und Vater
- ▶ gültigen Ausweis/Reisepass/Pass Mutter und Vater

... wenn Sie verheiratet sind:

- ▶ Bis 2009 beglaubigte Abschrift aus dem Familienbuch
- ▶ Ab 2009 Eheurkunde
- ▶ Geburtsurkunde Mutter und Vater (nur bei Heirat außerhalb von Bayern)
- ▶ gültigen Ausweis/Reisepass/Pass Mutter und Vater

Bei telefonischen Rückfragen stehen wir Ihnen unter folgender Nummer zur Verfügung: 0931 201-25260

Fragebogen EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scala)

Liebe Patientinnen,

bitte füllen Sie unten stehenden Fragebogen (Edinburgh Postnatal Depression Scala = EPDS) danach aus, wie Sie sich in der letzten Woche gefühlt haben.

Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass etwa 10% aller Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt eines Kindes unter einer Stimmungsverschlechterung leiden.

Die Universitätsfrauenklinik führt nun bei allen Schwangeren ein Screening mit Hilfe des EPDS aus, um im Falle einer Stimmungsverschlechterung frühzeitig Unterstützungs- und Behandlungsangebote anbieten zu können. Der EPDS ist ein gut erprobter Fragebogen, um bereits leichte Stimmungsveränderungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt erkennen zu können.

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|---|
| Genauso oft wie früher | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Nicht ganz so oft wie früher | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Eher weniger als früher | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Überhaupt nie | <input type="checkbox"/> | 3 |

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| So oft wie früher | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Eher weniger als früher | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Viel seltener als früher | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Fast gar nicht | <input type="checkbox"/> | 3 |

3. Ich habe mich unberechtigterweise Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- | | | |
|----------------|--------------------------|---|
| Ja, sehr oft | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Ja, manchmal | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Nicht sehr oft | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Nein, nie | <input type="checkbox"/> | 0 |

4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:

- | | | |
|--------------|--------------------------|---|
| Nein, nie | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Ganz selten | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Ja, manchmal | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ja, sehr oft | <input type="checkbox"/> | 3 |

5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- | | | |
|---------------------|--------------------------|---|
| Ja, ziemlich oft | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Ja, manchmal | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Nein, fast nie | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Nein, überhaupt nie | <input type="checkbox"/> | 0 |

6. Mir ist alles zuviel geworden:

- Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen 3
- Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen 2
- Nein, ich wusste mir meistens zu helfen 1
- Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen 0

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- Ja, fast immer 3
- Ja, manchmal 2
- Nein, nicht sehr oft 1
- Nein, nie 0

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- Ja, sehr oft 3
- Ja, ziemlich oft 2
- Nein, nicht sehr oft 1
- Nein, nie 0

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- Ja, sehr oft 3
- Ja, ziemlich oft 2
- Nur manchmal 1
- Nein, nie 0

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- Ja, oft 3
- Manchmal 2
- Selten 1
- Nein, nie 0

Bitte füllen Sie noch folgende Angaben zu Ihrer Person aus:	
Aktuelle Schwangerschaftswoche:	
Schwangerschaften bislang:	
Geburten bislang:	
Psychische Vorerkrankungen:	
Aktuelle Einnahme von Medikamenten:	
Sozialer Status: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> in Partnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet	
Beruf:	
Aktuell erwerbstätig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewicht:	
Größe:	

