

Frauenklinik Geburtshilfe

Bürgerhospital Frankfurt am Main



Ein Hospital der

**Bürgerhospital und
Clementine Kinderhospital gGmbH**

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Johann Wolfgang Goethe-Universität

Selbstauskunft:

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Herkunftsland: _____ Nationalität: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____ ambulant: Status: *wird von Hebamme ausgefüllt*

Zusatzversicherung: _____ stationär: Status: *wird von Hebamme ausgefüllt*

Chefarzt- Behandlung gewünscht: Ja Nein

Familienstand: _____

Beruf: _____

Sind Sie während dieser Schwangerschaft berufstätig?
falls ja, fühlen Sie sich dadurch belastet? Ja Nein
Ja Nein

Regelmäßiger Zigaretten-, Alkohol-, Drogenkonsum? _____

Letzte Periode? _____

Körpergröße in cm: _____ Gewicht in kg vor Schwangerschaft: _____ aktuell: _____

Vorangegangene Schwangerschaften:

Jahr	Art der Entbindung	Geschlecht	Gewicht	Besonderheiten

Wichtige Kontakt- / Begleitpersonen:

2. Elternteil / Begleitperson bei der Geburt:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Beruf: _____

Frauenarzt (Brief an): _____ Hebamme: nein
 ja: _____

Weitere betreuende Fachärzte z.B. Diabetologe: _____

Entbindungstermin (ET): _____

Wünsche bezüglich der Geburt:

Nachname des Kindes: _____ Formular ausgefüllt durch: _____ am: _____