

Anmeldung zur Entbindung



AGAPLESION
EV. KLINIKUM
SCHAUMBURG

Name: _____ Vorname: _____
Geb.-Datum: _____ Fam.-Stand: _____
Beruf: _____

Geburtshilfe

Chefarzt Dr. med. Momme Arfsten

Zum Schaumburger Klinikum 1
31683 Obernkirchen

Tel (05724) 95 80 - 67 05

Fax (05724) 95 80 - 88 67 99

frauenklinik@ksl.agaplesion.de

Straße & Nr: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Frauenarzt: _____

Ehe-/Lebenspartner: _____ Geb.-Datum: _____ Beruf: _____

Gesetzliche Krankenkasse: _____

selbstversichert: familienversichert:

wenn familienversichert, Name Hauptversicherter: _____ Geb.-Datum: _____

Privatkasse: _____

1-Bett-Zimmer: 2-Bett-Zimmer: Chefarztbehandlung: Ja Nein

Geburten bisher / Datum: _____

Normalgeburt: Saugglocke: Kaiserschnitt: Schwa.-Woche: _____

Zange: Steißlage: Fehlgeburten: Gewicht d. Kindes: _____

Anmerkungen: _____

Medikamente: _____

Operationen: _____

Besondere Erkrankungen: _____

Familiäre Erkrankungen: _____

Allergien (Überempfindlichkeiten): _____

Letzte Periodenblutung: _____ Zyklus: _____

errechn. Geburtstermin: _____ Blutgruppe & Rhesusfaktor: _____

Besonderheiten im bisherigen Schwangerschaftsverlauf:

Das Kind wird versichert bei der Krankenkasse: _____

Bemerkungen & Wünsche: _____