

**Klinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe**
Kooperatives Brustzentrum
Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

Chefarzt: Dr. med. Seifert
Sekretariat: 05108-69-2501
Kreißaal: 05108-69-2540
Telefax: 05108-69-48 2540
E-Mail: kreissaal.gehrden@krh.eu

Angaben der werdenden Mutter

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ geb. am: _____

PLZ, Wohnort: _____ Geb.ort: _____

Straße: _____ Nationalität: _____

Religion: _____ Telefonnummer: _____

Beruf: _____

Name und Telefonnummer Notfall-Kontaktperson: _____

Name Krankenversicherung: _____

private Krankenversicherung : mit Chefarzt -Behandlung 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer

Angaben über Kindsvater/ Lebenspartner*in:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Nachname des Kindes: _____

Familienzimmer gewünscht? ja nein

Name Frauenarzt/-ärztin: _____

Name der nachsorgenden Hebamme: _____

Entbindungstermin: _____

War die Periode regelmäßig alle 28 Tage? ja nein

Verkürzt alle _____Tage Verlängert alle _____Tage

Die Anmeldung muss NICHT vor der Geburt eingereicht werden! Einfach in den Mutterpass legen!

Bisherige Geburten:

Datum	m/w Gewicht	SSW	Normale Entbindung/ Saugglocke/ Kaiserschnitt/ Zange?	Entbindungsort (welche Klinik/ Geburtshaus/ Hausgeburt)	Probleme im Wochenbett? wie lange gestillt?

Anzahl/ Datum Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche: _____

Bauchhöhlenschwangerschaften: _____

Haben Sie Behandlungsbedürftige Erkrankungen? ja nein

Welche: _____

Sind Allergien bekannt? ja nein

Welche: _____

Frühere Operationen? ja nein

Welche: _____

Sind in Ihrer Familie Erb- o. Zuckerkrankheiten, chronische o. Krebserkrankungen bekannt? ja nein

Wer/welche: _____

Nehmen Sie Medikamente in der Schwangerschaft? ja nein

Welche: _____

Krankenhausaufenthalt in der _____ Schwangerschaftswoche

Wo / Warum: _____

Besonderheiten oder Belastungen in der Schwangerschaft? ja nein

Die Anmeldung muss NICHT vor der Geburt eingereicht werden! Einfach in den Mutterpass legen!

Liebe Eltern,

Nach der Geburt des Kindes ist es in unserer Klinik möglich, dem Kind zwei verschiedene Prophylaxen zu verabreichen. Wie bei jeder anderen vorbeugenden Maßnahme entscheiden letztlich Sie, die Eltern – und diese Entscheidung ist sehr verantwortungsvoll. Bitte lesen Sie sich diese Informationen noch vor der Geburt Ihres Kindes durch und halten ggf. Rücksprache mit Ihrer Hebamme. Bei Fragen oder Unklarheiten können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Vitamin K

Vitamin K ist ein Vitamin, das für das Blutgerinnungssystem eine wichtige Rolle spielt.

Menschliche Muttermilch weist von Natur aus einen niedrigen Vitamin-K-Gehalt auf. In sehr seltenen Fällen (1 von 10.000 Kindern) kann das eine schwere Blutung beim Neugeborenen verursachen, die in einem Drittel der Fälle auch das Gehirn betrifft. Gefährdet sind insbesondere Kinder, die eine angeborene Störung im Leber-Galle-System haben. Diese ist jedoch nicht einfach festzustellen.

In Deutschland gilt die Empfehlung, allen Kindern direkt nach der Geburt und bei der 2. und 3. Vorsorgeuntersuchung jeweils 2 mg Vitamin K in Tropfenform zu verabreichen (2 Tropfen).

Durch die Gabe von Vitamin K können die selten vorkommenden, aber in ihren Folgen schwerwiegenden Vitamin-K-Mangel-Blutungen beim Neugeborenen weitgehend verhindert werden.

Nach aktuellem medizinischen Stand sind keine Nebenwirkungen bekannt und auch die vor rund zwanzig Jahren entstandene Vermutung, die Vitamin-K-Gabe könnte Krebs auslösen, ist inzwischen wissenschaftlich widerlegt.

Augenprophylaxe

Unter Augenprophylaxe versteht man die vorsorgliche, einmalige Gabe von einer antibiotischen Augensalbe (Oxytetracyclin) kurz nach der Geburt. Dadurch sollen Infektionen des Auges durch Bakterien aus der Scheide, die möglicherweise während der Geburt in die Augen des Neugeborenen gelangen, verhindert werden. Sie wirkt vor allem gegen Chlamydien und Gonokokken (Tripper-Erreger).

Sollten Sie regelmäßig an den Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben und es in Ihrer Krankengeschichte keinen Hinweis auf eine durchgemachte Gonokokken- oder Chlamydien-Infektion geben, so ist die generelle Augenprophylaxe nicht zu empfehlen.

Prophylaktische Antibiotikagaben stehen sehr in der Kritik, weil sie den Boden für Resistenzen bereiten. Daher führen wir diese Prophylaxe nicht routinemäßig, sondern nur bei positivem Chlamydien-Abstrich oder erhöhtem Risiko auf Ihren Wunsch hin durch.

Bitte füllen Sie daher den folgenden Bogen aus und entscheiden für Ihr Kind!

Die Anmeldung muss NICHT vor der Geburt eingereicht werden! Einfach in den Mutterpass legen!

Name, Vorname der Mutter: _____

Geburtsdatum der Mutter: _____ Errechneter Entbindungstermin: _____

Wir bitten Sie zu entscheiden, ob und welche Prophylaxe sie für Ihr Kind wünschen!

Vitamin K

Ja, ich wünsche die Gabe von Vitamin K **nach der Geburt** und bei der **U2**

Nein, ich wünsche keine Gabe von Vitamin K

Augenprophylaxe mit antibiotischer Augensalbe

Ja, ich wünsche die Augenprophylaxe für mein Kind, **wenn** ein erhöhtes Risiko besteht bzw. ich einen positiven Chlamydien-Abstrich habe

Nein, ich wünsche **keine** Augenprophylaxe, **trotzdem** ein erhöhtes Risiko besteht bzw. ich einen positiven Chlamydien-Abstrich habe

Bei mir besteht **kein** erhöhtes Risiko und der Chlamydien-Abstrich ist negativ, mein Kind benötigt daher **keine Augenprophylaxe**

Ort, Datum

Unterschrift