



## Anmeldung zur Entbindung

### Liebe werdende Eltern,

Sie haben sich für eine Entbindung im Perinatalzentrum Hannover entschieden. Über diese gute Entscheidung freuen wir uns. Bitte senden Sie die ausgefüllte Geburtsanmeldung ab der **ca. 27. Schwangerschaftswoche an uns zurück**. Wir wünschen Ihnen eine schöne Schwangerschaft und freuen uns auf Sie!

NAME		VORNAME	
STRASSE		NR.	
PLZ		ORT	
TELEFON			
BERUF			
GEBURTSDATUM		FAMILIENSTAND	
NATIONALITÄT			
KRANKENKASSE			
FRAUENARZT/IN			
BETREUENDE HEBAMME			
<hr/>			
PARTNER/IN			
NAME		VORNAME	
TELEFON			
BERUF			
<hr/>			
VORHERIGE GEBURT/EN IN DER HENRIETTENSTIFTUNG?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
SIND SIE IN DIESER SCHWANGERSCHAFT VON UNS BEREITS UNTERSUCHT WORDEN?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
DIE WIEVIELTE SCHWANGERSCHAFT IST DIESE?		WIEVIELE GEBURTEN HATTEN SIE?	
<hr/>			
LETZTE PERIODE		ERRECHNETER GEBURTSTERMIN	
MEDIKAMENTE (WELCHE?)			
ALLERGIEN			
BESONDERE ERKRANKUNGEN			
OPERATIONEN			
<hr/>			
CHEFARZTBEBANDLUNG ERWÜNSCHT ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
BESONDERE WÜNSCHE			