

# Vorgespräch:

Name, Vorname:

Geb.-Datum

Adresse:

Geb.-Name:

Tel.-Nr.

Mobil:

Email-Adresse:

Gyn:

Hausarzt:

Kinderarzt:

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.

Religion:

Beruf/Arbeitgeber:

Name, Beruf Partner:

Arbeit als Belastung?

Allergien:

Unverträglichkeiten:

Medikamente:

Vorerkrankungen, OPs:

Familiäre Besonderheiten:

Blutgruppe:

Trauma oder Gewalterfahrung:

Rauchen:

Grav:

Para:

letzte Periode:

Zyklus:

**ET:**

Vorausgegangene Schwangerschaften

Aborte:

Jahr SSW. Modus Geschlecht Gewicht Epi, Naht Wobe Stillen Geburtsort Heb

---

Jetzige Beschwerden, Probleme:

Beratung, Empfehlung:

Betreuungswünsche/Bedürfnisse: