Formular
Anamnesebogen Geburtshilfe

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Familienstand _____

Telefonnummer _____

Beruf _____

Nationalität & Religionszugehörigkeit _____

Betreuende Hebamme _____

Frauenarzt _____

Sonstiger mitbehandelnder Facharzt _____

Haben Sie einen Vormund/gesetzlichen Betreuer?

□ Nein
□ Ja

_____
(bitte Name und Telefonnummer des Betreuers angeben)

Größe in cm: _____

Gewicht vor Schwangerschaft in kg: _____

Angaben zum Partner

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Telefonnummer _____

Anamnese

1. Tag der letzten Periode _____

Entbindungstermin _____

Ihre wievielte Schwangerschaft ist das? ___

Wurden bei Ihnen in dieser Schwangerschaft folgende Untersuchungen durchgeführt?

□ Feindiagnostik (zusätzlich zum Organultraschall) _____
(bitte durchführendes Perinatalzentrum angeben)

□ Amniozentese (Fruchtwasserpunktion) _____
(bitte durchführendes Perinatalzentrum angeben)

□ Chorionzottenbiopsie _____
(bitte durchführendes Perinatalzentrum angeben)

Vorausgegangene Geburten:

Jahr	Spontan Vakuum/Zange Kaiserschnitt	Klinik	SSW	Junge/ Mädchen	Gewicht	Besonderheiten/ Komplikationen

Vorausgegangene Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche oder Eileiterschwangerschaften:

Jahr	Fehlgeburt SS-Abbruch EUG	Klinik	SSW	Ausschabung	Besonderheiten/ Komplikationen

War die Schwangerschaft eine künstliche Befruchtung.

□ Nein
□ Ja, folgende □ IVF □ ICSI □ Eizellspende

Haben Sie Kinder mit schweren Erkrankungen und/oder Fehlbildungen?

□ Nein
□ Ja, folgende _____

Gab es in dieser Schwangerschaft Komplikationen?
(z.B. vorzeitige Wehen, Bluthochdruck, Schwangerschaftsdiabetes, Plazenta prävia, Plazentahämatom, Blutungen ab der 20.SSW, Auffälligkeiten im Ultraschall,…)

Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt?
(z.B. Bluthochdruck, Diabetes, therapiebedürftige Depression, Gerinnungsstörung, Erkrankungen an Schilddrüse, Herz, Lunge, Leber, Niere, Gehirn oder Wirbelsäule, Blutarmut mit Hb-Wert < 9mg/dl,…)

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?
(z.B. Magnesium, Eisen, Iod, Blutdruckmedikamente, Insulin, Aspirin oder sonstige Blutverdünner, Antidepressiva oder sonstige Psychopharmaka, Schilddrüsenmedikamente,…)

Leiden Sie unter Allergien? (bitte Allergiepass mitbringen falls vorhanden)
(z.B. Medikamente, Schmerz-und Narkosemittel, Antibiotika, Pflaster, Latex,…)

Rauchen Sie?

- □ Nein
- □ Ja, _____ Zigaretten am Tag

Trinken Sie Alkohol?

- □ Nein
- □ Ja, _____
  (bitte Substanz, Menge und Häufigkeit angeben)

Nehmen Sie Drogen?

- □ Nein
- □ Ja, _____
  (bitte Substanz, Menge und Häufigkeit angeben)

Wurden Sie schon einmal operiert?
(z.B. Gebärmutteroperationen wie Ausschabungen, Myomabtragungen, Konisationen, sonstige Unterleibsoperationen, Blinddarm, Mandeln, Magen-oder Darmoperationen…)

Jahr	Art der OP	Klinik	Vollnarkose/ Lokale Betäubung	Besonderheiten/ Komplikationen

Haben Sie schon einmal Bluttransfusionen erhalten?

□ Nein
  □ Ich lehne Bluttransfusionen ab
□ Ja
  - Warum? _____
  - Wann? _____
  - Gabe es Komplikationen? _____

Familienanamnese

Gibt es in Ihrer Familie oder der Familie Ihres Partners Erkrankungen?
(z.B. Fehlbildungen, Syndrome, schwere Erkrankungen im Kindesalter, Diabetes, Krebs, Herzerkrankungen, Erkrankungen an anderen Organen, …)

_____

_____

Bitte teilen Sie uns sonstige in Ihren Augen wichtige Informationen mit und/oder sprechen Sie uns bei Fragen gerne an.

_____

_____

Ort/Datum: _____ Unterschrift der Patientin: _____