

Geburtshilfe · Anamneseblatt

■ Bitte gut lesbar ausfüllen und auch die Rückseite beachten, danke!

■ Schwangere

- Name/Geburtsname: _____
- Vorname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Adresse: _____
- Telefon: _____
- Mobilnummer: _____
- Beruf: (freiwillig) _____

Graue Felder werden von der Klinik ausgefüllt !

■ Ehemann oder sonst. Angehöriger (freiwillige Angaben)

- Name: _____
- Vorname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Adresse: _____
- Telefon: _____
- Mobilnummer: _____
- Beruf: (freiwillig) _____

Zukünftiger Familienname des Kindes:

- Krankenversicherung _____
- familienversichert über: _____
- **Mitgliedsnummer:** _____

- **Chefarztbehandlung:** ja (bitte Anhang ausfüllen)
 Einbett Zweibett
 nein
- zusätzl. priv. Krankenvers.: _____

■ Gynäkologe (Frauenarzt)

- Name: _____
- Adresse: _____
- Telefon: _____

■ Sonstige mitbetreuende Ärzte (Diabetologe, Internist...)

- Name / Telefon: _____
- Betreuende Hebamme/
Name / Telefon _____

■ Schwangerschaft

- Gravidität: _____
- Parität: _____
- ET: _____
- Übertrag Mutterpass:

X U Etikett

■ Risiken

■ **Blutgruppe**

Blutgruppe: _____
Rh-Faktor: _____
Antikörper: _____

- Größe: _____
- Gewicht vor der Schwangerschaft: _____
- Entbindungstermin: _____
- Erster Ultraschall am: _____

■ **Laborbefunde**

Röteln-HAH: _____
LSR: _____
Chlamydien: _____
HBs- AG: _____
HIV: _____
Toxoplasmose: _____
oGTT: _____

■ **Sonstiges**

- Zykluslänge: _____
- 1.Tag letzte Regel: _____

Konzeptionsdatum _____
Varikosis: _____
β-Streptokokken: _____

■ **Eigenanamnese** (eigene Erkrankungen, insbesondere mit Medikamenteneinnahme sowie Krankenhausaufenthalte / wann und welche)

- Allergien: _____
- Schwangerschaft-/ Diabetes: _____
- Organische / internist. Erkrankungen (Herz, Lunge, Leber, Nieren...)

- Blutungsneigung (Thrombose, Embolie ...): _____
- Sterilitätsbehandlung: _____
- Sonstiges: _____

■ **Familienanamnese** (Erkrankungen, welche in Ihrer Familie / der Partner-Familie auftreten)

- Allergien: _____
- Diabetes: _____
- Erbliche Krankheiten: _____
- Fehlbildungen: _____
- Sonstiges: (Thrombose, Embolie, Schlaganfall ...): _____

● **Vorausgegangene Schwangerschaften / Geburten / Risiken**

| Datum | Geburtsart + Grund für operat.Geburt (spontan/ Zange/ Saugglocke/ Kaiserschnitt/ Fehlgeburten/ Abbrüche) | Schwangerschaftswoche + Geschlecht | Gewicht | Besonderheiten (z.B. Blutungen, CTG- Auffälligkeiten etc.) |
|-------|--|---------------------------------------|---------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

● **Aktuelle Risiken in dieser Schwangerschaft** (Infektionen, Blutungen, Diabetes, Mehrlinge, Venenerkrankungen usw.)

● **Aktuelle Medikamente**

● **Anmerkungen** (PDA-Wunsch, Wassergeburt usw.)

- **Bei PDA-Wunsch:** bitte in der Anästhesiesprechstunde unter Tel.: 532- 6161 melden.

Datum, Unterschrift der Schwangeren

Datum, Unterschrift / MHH – Hebamme / Arzt