

Geburtsanmeldung – Schwangerenanamnese

Bitte füllen Sie folgende Angaben gut leserlich aus – vielen Dank!

Persönliche Angaben	Mutter	Kindsvater
Name/ Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Herkunftsland		
Adresse		
Beruf		
Telefonnummer		
Familienstand		

Entbindungstermin	Letzte Regel	Anzahl Vorsorgeuntersuchungen

Krankenkasse: _____

bei Privatversicherten: Wahlleistungen JA NEIN , wenn JA, welche: _____ !

Weitere Angehörige (Name; Telefonnummer):

Bei Minderjährigkeit/ Vorhandensein eines Betreuers:

Name des Betreuer	
Telefonnummer	
Anmerkungen	

Frauenarzt	
-------------------	--

Betreuende Heb- amme	
---------------------------------	--

Familiäre Krankengeschichte

Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister)?

Falls **JA**, Art der Erkrankung und wer ist erkrankt?

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Krebsleiden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Thrombose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erbkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hüfterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Leidet der **Kindsvater** an einer der folgenden Erkrankungen?

Wenn **JA**, welche?

Hüfterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hörstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Allergie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erbkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Eigene Krankengeschichte

Leiden Sie selbst an eine der folgenden Erkrankungen?

Wenn **JA**, welche?

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Geburtsanmeldung – Schwangerenanamnese

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Thrombose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erbkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hüfterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Allergie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

Wenn **JA**, welche?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Sind Sie schon einmal **operiert** worden?

(Gab es Komplikationen? – verstärkte Blutung, Bluttransfusionen, Narkoseunverträglichkeit)

Wenn **JA**, was und wann?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Tragen Sie eine **Brille** bzw. haben Sie **Prothesen/ Implantate**?

Wenn **JA**, welche?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Geburtsanmeldung – Schwangerenanamnese

Geburtshilfliche Vorgeschichte

Haben Sie schon Kinder geboren? → Ja Nein

Wann	SSW	Art der Geburt <small>Spontan, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt</small>	Komplikationen <small>Blutung, Bluthochdruck, CTG, grünes Fruchtwasser, etc.</small>	Geschlecht/ Ge- wicht/ Länge	Kind gesund/ krank	Ort
				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich _____g _____cm	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> krank	
				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich _____g _____cm	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> krank	
				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich _____g _____cm	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> krank	
				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich _____g _____cm	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> krank	
				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich _____g _____cm	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> krank	
				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich _____g _____cm	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> krank	

SSW= Schwangerschaftswoche

Hatten Sie schon einmal einen **Schwangerschaftsabbruch**?

Wenn **JA**, Jahr, SSW, Ausschabung?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Geburtsanmeldung – Schwangerenanamnese

Hatten Sie schon einmal eine **Fehlgeburt**?

Wenn **JA**, Jahr, SSW, Ausschabung?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Schwangerschaft

Konsumieren Sie Alkohol, Tabak oder andere Drogen in der Schwangerschaft?

Wenn **JA**, was und wieviel?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Haben oder hatten Sie während der Schwangerschaft **Erkrankungen**? → **Ja** **Nein**

Wenn **JA**, machen Sie bitte folgende Angaben:

Art der Erkrankung <small>Vorzeitige Wehen, Blutung, HELLP, Präeklampsie, Bluthochdruck, etc.</small>	Behandlung/ Therapie	Zeitraum <small>von - bis</small>	stationär	ambulant
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hier ist Platz für Ihre Notizen, falls Sie Fragen oder Wünsche an uns haben:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe, ihr Team der Geburtshilfe!