

Geburtshilfliche Anamnese KreiBsaal Konstanz



Grau hinterlegte Felder werden von der Klinik ausgefüllt, bitte Rückseite beachten!

Name: _____ Adresse: _____
 Vorname: _____ Telefon: _____ Familienstand: _____
 Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit/Muttersprache: _____
 Beruf: _____

Partner: _____
 Telefon (Partner): _____
 Nachname Kind: _____
 Familienzimmer (170 € p. T.) wenn mgl.
 O ja O nein
 Frauenarzt: _____
 Hebamme: _____

Versicherung:
 gesetzlich privat priv. Zusatzversicherung
 Bei Privatversicherung / privater Zusatzversicherung:
 werden Hebammenleistungen übernommen?
 ja
 nein
 1Bett 2Bett Chefarztbehandlung
 Kind: Chefarztbehandlung

Risiko:

Aktuelle Schwangerschaft: ET:

Gravida/ Para: / Letzte Periode: _____

BG: _____ Anti-D Datum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ / _____

OGTT: 50g: _____ 75g: _____ → dGDM iGDM

Rötelnimm.: _____ besondere serologische Befunde: _____

Strep B: _____ Sterilitätsbehandlung: _____

HBsAg: _____ AKS (Antikörpersuchtest): _____ Anzahl Vors.U: _____ Anzahl US: _____

Vorrausgegangene Schwangerschaften/ Geburten/ Fehlgeburten/ Abbrüche

Datum	Modus	SSW	♂ ♀	Gewicht	Besonderheiten, z.B. PDA	Verletzung	Stillen/ Dauer

Stat. Aufenthalt: _____ Grund: _____
 Lungenreife wann zuletzt: _____ Pränataldiagnostik: _____
 Schwangerschaftsverlauf: _____

Eigenanamnese – bitte alle Erkrankungen aufschreiben

Allergien (z.B. Medikamente, Lebensmittel):

Gynäkologische Erkrankung:

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüse):

Psychische Erkrankung / Depression:

Psychische / körperliche Gewalterfahrung:

Herz/ Kreislauf / Lunge:

Leber/ Magen/ Darm:

Harnwege/ Niere:

Nervenerkrankungen:

Skelett/ Knochenbrüche:

Blutungsneigung/ Thromboseneigung/ Bluttransfusionen:

Augen:

Angeborene Hüftfehlstellung: nein ja

Angeborene Hörstörung: nein ja

Medikamente (mit Dosierung):

Operationen (auch kosmetische) mit Jahr, Narkose, ggf. Narkosekomplikationen:

Angeborene, Behandlungsbedürftige oder schwere chronische Erkrankungen bei Schwangerer oder Kindsvater und deren **Eltern, Geschwister** und **ältere Kinder**: (z.B. Thrombosen, Fehlbildungen, Erbkrankheiten, Krebsleiden)

Nikotin (Zig./Tag): _____ Alkohol: _____ Drogen: _____

Möchten Sie **stillen** oder **Fertignahrung** füttern? _____

Ernährung: keine Einschränkungen vegetarisch lactosefrei

kein Schweinefleisch Diabeteskost Sonstiges: _____

Anmerkungen / Wünsche für die Geburt:
