

# 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 | ♂<br>♀ | 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:

---

---

---