

Geburtshilfliche Anamnese Kreißsaal Konstanz



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

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit/Muttersprache: _____

Beruf: _____

Beschäftigungsverbot:

Angehöriger: _____

Versicherung: _____

Telefon (Partner): _____

falls vorhanden:
Zusatzversicherung: 1Bett o 2Bett o Chefarztbehandlung o

Familienzimmer (ca.170€/Tag)
gewünscht, wenn verfügbar:

Nachname Kind: _____ Kind Chefarzt versichert:

Frauenarzt: _____

Hebamme: _____

Risiko:

Jetzige Schwangerschaft: Sterilitätsbehandlung: _____
Gravida/ Para: / **ET:** Letzte Periode: _____ ET berechnet nach: Sono: LP:
BG: _____ Anti-D Datum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____/_____
OGTT: 50g: _____ 75g: _____ →GDM: diätetisch o insulinpflichtig o
Strep B: _____ besondere serologische Befunde: _____
Röteltiter: _____
HBsAg: _____ **Allergien:** _____
Anzahl Vors.U: _____ Anzahl US: _____

Vorausgegangene Schwangerschaften/ Geburten/ Fehlgeburten

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

Stat. Aufenthalt: _____ Grund: _____
Lungenreife wann zuletzt: _____ Pränataldiagnostik: _____
Schwangerschaftsverlauf: _____
Datum, Kürzel Hebamme: _____ Überarbeitet am: _____ Im PC: _____



Eigene Krankheiten (alle):

Herz/ Kreislauf / Lunge:

Gynäkologische Erkrankung:

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüse):

Psychische Erkrankung / Depression:

Psychische / körperliche Gewalterfahrung:

Leber/ Magen/ Darm:

Harnwege/ Niere:

Nervenerkrankungen:

Skelett/ Knochenbrüche:

Blutungsneigung/ Thromboseneigung/ Bluttransfusionen:

Augen:

Angeborene Hüftfehlstellung: JA Nein:

Angeborene Hörstörung: JA Nein:

Medikamente (mit Dosierung):

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

Angeborene, Behandlungsbedürftige oder schwere chronische **Erkrankungen bei Verwandten**
(Kindsvater, Eltern/ Geschwister von Kindsvater oder Mutter, Geschwisterkinder)
z.B Thrombosen, Fehlbildungen, Erbkrankheiten, Krebsleiden:

Angeborene Hüftfehlstellung: ja Nein

Angeborene Hörstörung ja Nein

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: