



Geburtshilfliche Anamnese für den Kreißsaal Konstanz

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

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit/Muttersprache: _____

Beruf: _____

Versicherung: _____

Partner: _____

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

Telefon (Partner): _____

Zusatzversicherung oder gewünscht in Privatleistung:

1Bett 2Bett Chefarztbehandlung

Nachname Kind: _____

Kind Chefarztbehandlung

Frauenarzt: _____

Hebamme: _____

Risiko:

Aktuelle Schwangerschaft:

Gravida/ Para: /

ET: _____

Letzte Periode: _____

BG: _____

Anti-D Datum: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ / _____

OGTT: 50g: _____

75g: _____

→ dGDM iGDM

Rötelnimm.: _____

besondere serologische Befunde: _____

Strep B: _____

Sterilitätsbehandlung: _____

HBsAg: _____

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: _____

Eigene Krankheiten (alle):

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 Verwandten

(z.B. Thrombosen, Fehlbildungen, Erbkrankheiten, Krebsleiden)

bei Kindsvater, Eltern/ Geschwister von Kindsvater oder Mutter, Geschwisterkinder:

Angeborene Hüftfehlstellung: nein ja

Angeborene Hörstörung nein ja

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: