

Patientenaufkleber

Datum:.....

Anamnesebogen Geburtshilfe

Damit wir Sie gut behandeln können ist es wichtig gut über Sie informiert zu sein. Deshalb füllen Sie bitte den folgenden Fragebogen aus und bringen ihn zum persönlichen Anmeldegespräch mit.
Vielen Dank!

Ihr geburtshilfliches Team am HELIOS Klinikum München West.

Persönliche Daten:

Familienname: Vorname:

Geburtsdatum: Telefonnummer:

Adresse:

Familienstand: verheiratet Partnerschaft geschieden alleinerziehend

Nationalität: Beruf:

Angaben zum Kindsvater:

Name Kindsvater: Alter Kindsvater:

Nationalität Kindsvater: Beruf Kindsvater:

Folgende Personen dürfen Auskünfte über mich und mein Kind erhalten:

niemand Partner/Ehemann Verwandte

Familienname: Vorname:

Adresse:

Telefon: Verwandtschaftsverhältnis.....

Angaben zur sozialen Situation:

berufstätig arbeitssuchend beziehe Arbeitslosengeld beziehe Bürgergeld

Wohnverhältnisse:

fester Wohnsitz Mutter-Kind-Heim Flüchtlingsunterkunft obdachlos

lebe bei meinen Eltern

Patientenaufkleber

Fragen zur aktuellen Schwangerschaft:

Ist Ihre jetzige Schwangerschaft bisher problemlos verlaufen?

- Ja Nein Falls Probleme aufgetreten sind, welche?

.....

Wurden spezielle Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt?

- Nackenfaltenmessung (11.-14. SSW) Fruchtwasseruntersuchung
 Erweiterter Organultraschall (ca. 20. SSW) genetischer Bluttest

Wurde eine Hormonbehandlung oder andere Kinderwunschbehandlung durchgeführt?

- Nein Ja, folgende:
- Hormonbehandlung Insemination IVF ICSI

Wie viele Kinder haben Sie geboren. Bitte füllen Sie die Tabelle aus.

Name des Kindes				
Geburtsdatum				
Ort				
Spontangeburt, Saugglocke Kaiserschnitt				
Schwangerschaftswoche				
Gewicht / Länge				
Dauer der Geburt				
Schmerztherapie				
Geburtsverletzungen				
Wochenbett auffällig?				
Gestillt? Wie lange?				
Kind gesund?				

Patientenaufkleber

Gab es in einer der vorausgegangenen Schwangerschaften Probleme unter oder nach der Geburt?
Gab es Problem beim Baby?

.....
.....
.....

Hatten Sie Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder Eileiterschwangerschaften?

Datum	Schwangerschafts- woche	Ausschabung: Ja / Nein	Anti-D-Gabe: Ja / Nein	Besonderheiten

Fragen zu Ihrer eigenen Krankengeschichte:

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche und wie war die allergische Reaktion.

.....
.....
.....

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

(z.B. Eisen, Folsäure, ASS, Antidepressiva, Vitamine)

Keine Medikamente

Bitte Dosierung angeben.

.....
.....

Sind Sie jemals operiert worden? Wenn ja, warum und wann?

(z.B. Gebärmutter, Eierstöcke, Bruche, Blinddarm etc.)

Keine Operationen

.....
.....
.....

Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein	Seit wann
Bluthochdruck			
Zuckerkrankheit			

Patientenaufkleber

Herzkrankheiten			
Infektionskrankheiten			
Thrombose, Embolie			
Blutgerinnungsstörung			
Schilddrüsenerkrankung			
Depressionen / Burnout			
Hüftdysplasie			

Rauchen Sie?

Ja Nein

Falls ja, wie viele Zigaretten tgl. vor der Schwangerschaft:

Wie viele Zigaretten tgl. in der Schwangerschaft.....

Trinken Sie Alkohol?

Ja Nein

Falls ja, wie viel vor der Schwangerschaft.....

Wie viel und welchen Alkohol in der Schwangerschaft.....

Nehmen Sie Beruhigungsmittel oder Drogen ein?

Ja Nein

Falls ja, welche und wie viel vor der Schwangerschaft.....

Was und wie viel in der Schwangerschaft.....

Fragen zur Familiengeschichte:

Gibt es in Ihrer Familie und/ oder beim Kindsvater folgende Erkrankungen?

	Ja	Nein	Wenn ja, bei wem und wann
Bluthochdruck			
Zuckerkrankheit			
Erbkrankheiten			
Krebserkrankungen			
Hüftdysplasie			

Patientenaufkleber



Besonderheiten

Was sollten wir sonst von Ihnen wissen? Was ist Ihnen wichtig?
Haben Sie spezielle Wünsche für die Geburt Ihres Kindes?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sonstige Kontaktdaten:

Bei Minderjährigen oder Frauen, die im Mutter-Kind-Heim leben, durch das Jugendamt betreut werden oder einen gesetzlichen Betreuer haben, bitte Kontaktdaten des Ansprechpartners angeben.

Familienname: Vorname:
Adresse:
Telefon:

Bitte bringen Sie für die Schwangerschaft und Geburt relevante Befunde wie einen alten Mutterpass, OP-Berichte, sonstige Befunde zum persönlichen Anmeldegespräch mit.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!