

Anamnesebogen Geburtshilfe Klinikum Leer

Formblatt



Anamnesebogen Geburtshilfe Klinikum Leer

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Familienstand: _____

Besondere Wohnsituation oder Lebensumstände (z.B. Mutter-Kind-Heim, alleinerziehend oder betreut durch soziale Einrichtungen, falls Ja, welche Einrichtung?):

Telefon/Handy: _____

Beruf: _____

Hausarzt/-ärztin: _____

Frauenarzt/-ärztin: _____

Hebamme: _____

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? (Z. B. gegen Medikamente oder Nahrungsmittel)

--

Familiengeschichte:

Gibt es Erkrankungen in der Familie?

	Vater	Mutter	Bruder	Schwester	Großmutter	Großvater	Tante	Onkel
Bluthochdruck								
Diabetes mel.								
Herzinfarkt								
Schlaganfall								
Asthma bronch.								
Krebs (Wenn ja, welcher)								
Thrombosen								
Fehlbildungen								
Gendefekte								
Herzfehler								
Sonstiges								

Anamnesebogen Geburtshilfe Klinikum Leer

Formblatt



--	--	--	--	--	--	--	--	--

Eigene Krankengeschichte:

Größe: _____ cm

Gewicht vor der Schwangerschaft: _____ Kg

Aktuelles Gewicht: _____ Kg, Datum: _____

Haben Sie...

X		
	Bluthochdruck	Wie hoch?
	Diabetes mel.	Typ I o. II? Insulinpflichtig oder diätetisch?
	Schwangerschaftdiabetes	Insulinpflichtig oder diätetisch?
	Fettstoffwechselstörung	
	Kreberkrankungen	Welcher?
	Hautkrankheiten	
	Erkrankungen des Kopfes	
	Schildrüsenerkrankung	
	Asthma bronch.	
	Magenerkrankung	
	Darmerkrankung	
	Gab es eine Darmspiegelung	Wenn ja, wann?
	Nierenerkrankungen	
	Leber / Gelbsucht	
	Rheuma	
	Gicht	
	Psychische Erkrankung	
	Erkrankungen der Gebärmutter oder der Eierstöcke (z.B. Endometriose, PCO)	Wenn ja, was?
	Bewegungseinschränkungen	
	Skoliose	
	Hüftdysplasie	
	Beckenfehlbildungen oder Beckenfehlstellungen	
	Sonstiges	Was?

Anamnesebogen Geburtshilfe Klinikum Leer

Formblatt



Hatten Sie Operationen wie...

X		
	Ausschabung nach einer Fehlgeburt	Datum:
	Schwangerschaftsabbruch	Datum:
	Kaiserschnitt	Datum:
	Magen-Bypass oder andere Magenoperationen	Datum:
	Brustoperationen	Datum: Wenn ja, welche?
	Blinddarmentfernung	Datum:
	Rachenmandelentfernung	Datum:
	Gallenblasenentfernung	Datum:
	Ausschabung nach einer spontanen Geburt	Datum:
	Bauchspiegelung	Datum: Grund:
	Andere Operationen an der Gebärmutter:	Datum: Grund:

X		
	Gab es jemals einen stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus?	Wann und wo?

Anamnesebogen Geburtshilfe Klinikum Leer

Formblatt



Gab es vorherige Schwangerschaften?

Jahr	Wie geboren?	Geschlecht?	Gewicht?	Besonderheiten? Bitte kreuzen Sie an oder ergänzen es unter sonstiges
				<input type="checkbox"/> starke Nachblutung <input type="checkbox"/> Dammverletzung <input type="checkbox"/> Nahtprobleme <input type="checkbox"/> Gab es eine Einleitung? <input type="checkbox"/> Hatten Sie eine PDA? <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> wurde gestillt? <input type="checkbox"/> Gab es Besonderheiten im Wochenbett? <input type="checkbox"/> Sonstiges:
				<input type="checkbox"/> starke Nachblutung <input type="checkbox"/> Dammverletzung <input type="checkbox"/> Nahtprobleme <input type="checkbox"/> Gab es eine Einleitung? <input type="checkbox"/> Hatten Sie eine PDA? <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> wurde gestillt? <input type="checkbox"/> Gab es Besonderheiten im Wochenbett? <input type="checkbox"/> Sonstiges:
				<input type="checkbox"/> starke Nachblutung <input type="checkbox"/> Dammverletzung <input type="checkbox"/> Nahtprobleme <input type="checkbox"/> Gab es eine Einleitung? <input type="checkbox"/> Hatten Sie eine PDA? <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> wurde gestillt? <input type="checkbox"/> Gab es Besonderheiten im Wochenbett? <input type="checkbox"/> Sonstiges:
				<input type="checkbox"/> starke Nachblutung <input type="checkbox"/> Dammverletzung <input type="checkbox"/> Nahtprobleme <input type="checkbox"/> Gab es eine Einleitung? <input type="checkbox"/> Hatten Sie eine PDA? <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> wurde gestillt? <input type="checkbox"/> Gab es Besonderheiten im Wochenbett? <input type="checkbox"/> Sonstiges:

Anamnesebogen Geburtshilfe Klinikum Leer

Formblatt



				0 Gab es Besonderheiten im Wochenbett? 0 Sonstiges:
--	--	--	--	--

Gab es in dieser Schwangerschaft Komplikationen? (Z. B. Blutungen, erhöhter Blutdruck, Schwangerschaftsdiabetes, Nierenstau)

--

Nehmen Sie Medikamente ein? (Z. B. gegen Bluthochdruck, Diabetes mel., Schilddrüsenerkrankungen, Bluthochdruck, Asthma bronch.)

Welche?	Dosierung?

Gewohnheiten

X		Wie viel?	Seit wann?
	Rauchen		
	Alkohol		
	Drogen		

Möchten Sie stillen? Ja _____ Nein _____

Wie soll der Nachname ihres Kindes lauten? _____

Leer, _____

Unterschrift Patient/-in