



Anamnesebogen Kreißsaal

Persönliche Daten:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Alter _____

Familienstand _____ Beruf _____

Herkunftsland _____ In der Schwangerschaft gearbeitet? _____

Wohnort _____ PLZ _____

Straße, Hausnummer _____

Telefonnummer _____ Mobil _____

Facharzt _____ Nachsorgehebamme JA NEIN

Partner/Begleiter bei der Geburt/Notfallkontakt:

Name, Vorname _____

Telefonnummer/Mobil _____

Krankenkassendaten:

Allgemeinversichert _____ Privatversichert _____

Private Zusatzversicherung _____

1-Bett 2-Bett mit Chefarztbehandlung

Familienzimmer (nach Verfügbarkeit) Ja Nein

Einzelzimmer (nach Verfügbarkeit) Ja Nein

Vorausgegangene Geburten:

Datum	Schwangerschaftswoche	Spontan/ Kaiserschnitt/ Saugglocke	Geschlecht	Gewicht	Besonderheiten (Einleitung, Dammriss o.ä.)	Ort	Gestillt JA/NEIN

Vorausgegangene Schwangerschaften:

Datum	Schwangerschafts- woche	Fehlgeburt/ Schwangerschaftsabbruch	Ausschabung/ Besonderheiten

Eigenanamnese:

Größe _____ Gewicht vor Schwangerschaft/aktuelles Gewicht _____

Errechneter Geburtstermin _____ ggf. Korrektur nach Ultraschall _____

War Ihr Zyklus regelmäßig? _____ Wie viele Tage _____

Haben sie **Allergien**? _____

Rauchen Sie? Wie viel pro Tag? _____ Haben Sie schon mal eine **Bluttransfusion** erhalten? _____

Nehmen Sie **Medikamente** ein (auch schwangerschaftsspezifische Medikamente oder Vitamine)?

Wenn ja in welcher Dosierung und wann? _____

Haben Sie unabhängig der Schwangerschaft bestehende **Grunderkrankungen** (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Bluthochdruck, Blutgerinnungsstörungen, psychische Erkrankungen)

Wurden Sie schon einmal **operiert**? Wenn ja weshalb und wann? Traten bei der **Narkose** Komplikationen auf? _____

Bestehen bei Ihren näheren Verwandten, Ihrem Partner oder dessen näheren Verwandten behandlungsbedürftige chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Hypertonie) oder Behinderungen?

Gibt oder gab es in der **Schwangerschaft Besonderheiten** (künstliche Befruchtung, Blutungen, Diabetes, Krankenhausaufenthalte)? _____

Haben Sie in der Schwangerschaft **Pränataldiagnostik** durchführen lassen (Nackenfaltenmessung, Gen-Test, Fruchtwasseruntersuchung)? Wenn ja, welche? _____

Möchten Sie **stillen**? _____