

## Geburtshilfe · Anamneseblatt

Bitte gut lesbar ausfüllen und auch die Rückseite beachten, danke!

### ■ Schwangere

- Name/Geburtsname: \_\_\_\_\_
- Vorname: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
- Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Telefon: \_\_\_\_\_
- Mobilnummer: \_\_\_\_\_
- Beruf: (freiw. Angaben) \_\_\_\_\_

**Graue Felder werden von der Klinik ausgefüllt!**

### ■ (Ehe-)Partner/in oder sonst. Angehöriger (freiwillige Angaben)

- Name: \_\_\_\_\_
- Vorname: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
- Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Telefon: \_\_\_\_\_
- Mobilnummer: \_\_\_\_\_
- Beruf: (freiw. Angaben) \_\_\_\_\_

**Zukünftiger Familienname des Kindes:**

- Krankenversicherung: \_\_\_\_\_
- familienversichert über: \_\_\_\_\_
- **Mitgliedsnummer:** \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- **Chefarztbehandlung:**  ja (bitte Anhang ausfüllen)  
 Einbett  Zweibett  
 nein
- zusätzl. priv. Krankenvers.: \_\_\_\_\_

### ■ Gynäkologe (Frauenarzt)

- Name: \_\_\_\_\_
- Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Telefon: \_\_\_\_\_

### ■ Sonstige mitbetreuende Ärzte (Diabetologe, Internist...)

- Name / Telefon: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Betreuende Hebamme/  
Name / Telefon \_\_\_\_\_

### ■ Schwangerschaft

Gravidität: \_\_\_\_\_

Parität: \_\_\_\_\_

ET: \_\_\_\_\_

Übertrag Mutterpass:

X U Etikett

### ■ Risiken

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Blutgruppe**

Blutgruppe: \_\_\_\_\_  
Rh-Faktor: \_\_\_\_\_  
Antikörper: \_\_\_\_\_

- Größe: \_\_\_\_\_
- Gewicht vor der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_
- Entbindungstermin: \_\_\_\_\_
- Erster Ultraschall am: \_\_\_\_\_

**Laborbefunde**

Röteln-Immunität:  ja  nein  
LSR:  durchgeführt  
Chlamydien:  pos.  neg.  
HBs- AG:  pos.  neg.  
HIV:  durchgeführt  
Toxoplasmose-Immunität:  ja  nein  
β-Streptokokken:  pos.  neg.

**Sonstiges**

- Zykluslänge: \_\_\_\_\_
- 1.Tag letzte Regel: \_\_\_\_\_
- Konzeptionsdatum: \_\_\_\_\_
- Varikosis: \_\_\_\_\_
- oGTT: \_\_\_\_\_

**Eigenanamnese** ( eigene Erkrankungen, insbesondere mit Medikamenteneinnahme sowie Krankenhausaufenthalte / wann und welche ....)

- Allergien: \_\_\_\_\_
- Masernimpfung:  ja  nein **Bitte Impfpass mitbringen**
- Schwangerschaft-/ Diabetes:  dGDM  iGDM  
 Diabetes Typ I  
 Diabetes Typ II
- Organische / internist. Erkrankungen (Herz, Lunge, Leber, Nieren...)  
\_\_\_\_\_
- Blutungsneigung (Thrombose, Embolie, ...): \_\_\_\_\_
- Sterilitätsbehandlung: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Familienanamnese** (Erkrankungen, welche in Ihrer Familie / der Partner-Familie auftreten)

- Allergien: \_\_\_\_\_
- Diabetes: \_\_\_\_\_
- Erbliche Krankheiten: \_\_\_\_\_
- Fehlbildungen: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: (Thrombose, Embolie, Schlaganfall ...): \_\_\_\_\_

**Vorausgegangene Schwangerschaften / Geburten / Risiken**

Datum	Geburtsart + Grund für operat.Geburt <small>(spontan/ Zange/ Saugglocke/ Kaiserschnitt/ Fehlgeburten/ Abbrüche)</small>	Schwangerschaftswoche + Geschlecht	Gewicht	Besonderheiten <small>(z.B. Blutungen, CTG- Auffälligkeiten etc.)</small>

**Aktuelle Risiken in dieser Schwangerschaft** (Infektionen, Blutungen, Diabetes, Mehrlinge, Venenerkrankungen usw.)

**Aktuelle Medikamente**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aufklärung**

geburtshilfliche Maßnahmen erfolgt

**Anmerkungen**

- **Bei PDA-Wunsch:** Bitte in der Anästhesiesprechstunde unter Tel.: 0511/532-6161 melden.

Datum, Unterschrift der Schwangeren

Datum, Unterschrift / MHH – Hebamme / Arzt