SLK Kliniken

Anamnesebogen für Schwangere
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Personalien		
Name:	Vorname:	Familienstand:
Geb.Datum:		Eigene Telefonnummer:
Straße, PLZ, Wohnort:		Angehörige (Name und Telefonnummer):
Krankenversicherung:		Zusatzversicherung:
☐ 1 Bett Zimmer ☐ 2 Bett Zimmer ☐ Chefarztbehandlung ☐ Familienzimmer gewünscht		
Frauenarzt:	Beruf:	Nationalität:
Hebamme:	Was betreut Ihre Hebamme: ☐ Vorsorge ☐ Wochenbett	Haben Sie einen Geburtsvorbereitungskurs besucht?: ☐ JA ☐ NEIN

Allgemeine Anamnese	
Haben Sie Allergien?	
Vorerkrankungen: (z.B. Herz-Kreislauferkrankungen, psychische Erkrankungen, Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüse)	
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele **Zigaretten** pro Tag?	
Haben Sie in der Schwangerschaft **Drogen** konsumiert?	
Haben Sie **Alkohol** in der Schwangerschaft getrunken?	
Haben Sie **Medikamente** in der Schwangerschaft eingenommen?	
Hatten Sie schon einmal **Operationen?** Wenn ja, welche und in welchem Jahr?	
Voll-/ Teilnarkose: Welche Narkose und gab es Probleme?	
Hatten Sie schon einmal eine **Bluttransfusion**?	

Familienanamnese	
Gibt es Erkrankungen bei nahen Familienangehörigen? (z.B. genetische Erkrankungen, Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen)	(Erkrankung + Betroffener)

Aktuelle Schwangerschaft		
Entbindungstermin:		**Erster Tag der letzten Periode:**
Wie viele Tage hat Ihr Zyklus im Durchschnitt:		**B-Streptokokken** festgestellt?
Größe:	**Gewicht:** (vor der Schwangerschaft)	**Gewicht:** (aktuell)

Kinderwunschbehandlung?: Wenn ja, welche?	**Schwangerschaftsdiabetes?** (diätetisch / insulinpflichtig)

Vorhergehende Schwangerschaften

Fehlgeburt/ Schwangerschaftsabbruch:

Jahr	**Art der Schwangerschaft** (z.B. Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch)	**Hatten Sie eine Ausschabung?**

Geburten

	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Jahr				
Ort				
Schwangerschafts-woche				
Geschlecht				
Gewicht				
Geburtsmodus (Spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke)				
Besonderheiten (Einleitung, Diabetes, vorzeitiger Blasensprung, Geburts-verletzungen, starke Blutungen)				
Kind (gesund / krank)				

Ich stimme zu, dass der Vorname unseres Kindes auf der Willkommenstafel im Kreißsaal notiert wird:

☐ **JA** ☐ **NEIN**

Wünsche für die Geburt:

Mit dieser Unterschrift wird die Richtigkeit der angegebenen Daten bestätigt.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____