

Geburtshilfliche Anamnese für den Kreißsaal Konstanz



Grau hinterlegte Felder werden von der Klinik ausgefüllt, Rückseite beachten!

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

 Telefon: _____ Familienstand: _____
 Staatsangehörigkeit/Muttersprache: _____

Beruf: _____
 Angehöriger: _____
 Telefon (Partner): _____

Beschäftigungsverbot:
 Versicherung: _____
 falls vorhanden:
 Zusatzversicherung: 1Bett 2Bett Chefarztbehandlung

Familienzimmer (ca.170€/Tag)
gewünscht, wenn verfügbar:

Nachname Kind: _____ Kind Chefarztbehandlung

Frauenarzt: _____

Hebamme: _____

Risiko:

Jetzige Schwangerschaft:

Gravida/ Para: / **ET:** _____ Letzte Periode: _____ berechnet nach: Sono: LP:

BG: _____ Anti-D Datum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ / _____

OGTT: 50g: _____ 75g: _____ → GDM: diätetisch insulinpflichtig

Strep B: _____ besondere serologische Befunde: _____

Röteltiter: _____ COVID-Impfung: nein ja Impfstoff + Datum: _____

HBsAg: _____ COVID-Erkrankung: nein ja genesen seit: _____

Anzahl Vors.U: _____ Anzahl US: _____ Sterilitätsbehandlung: _____

Vorrausgegangene Schwangerschaften/ Geburten/ Fehlgeburten

Datum	Modus	SSW	♂ ♀	Gewicht	Besonderheiten, z.B. PDA	Verletzung	Stillen/ Dauer

Stat. Aufenthalt: _____ Grund: _____

Lungenreife wann zuletzt: _____ Pränataldiagnostik: _____

Schwangerschaftsverlauf: _____



Eigene Krankheiten (alle):

Allergien (z.B. Medikamente, Lebensmittel):

Herz/ Kreislauf / Lunge:

Gynäkologische Erkrankung:

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüse):

Psychische Erkrankung / Depression:

Psychische / körperliche Gewalterfahrung:

Leber/ Magen/ Darm:

Harnwege/ Niere:

Nervenerkrankungen:

Skelett/ Knochenbrüche:

Blutungsneigung/ Thromboseneigung/ Bluttransfusionen:

Augen:

Angeborene Hüftfehlstellung: nein ja

Angeborene Hörstörung: nein ja

Medikamente (mit Dosierung):

Operationen (auch kosmetische) mit Jahr, Narkose, ggf. Narkosekomplikationen:

Angeborene, Behandlungsbedürftige oder schwere chronische Erkrankungen bei Verwandten

(z.B. Thrombosen, Fehlbildungen, Erbkrankheiten, Krebsleiden)

bei Kindsvater, Eltern/ Geschwister von Kindsvater oder Mutter, Geschwisterkinder:

Angeborene Hüftfehlstellung: nein ja

Angeborene Hörstörung nein Ja

Nikotin (Zig./Tag): _____ Alkohol: _____ Drogen: _____

Möchten Sie stillen oder Fertignahrung füttern? _____

Ernährung: keine Einschränkungen vegetarisch laktosefrei

kein Schweinefleisch Diabeteskost Sonstiges: _____

Anmerkungen / Wünsche für die Geburt:

Datum, Kürzel Hebamme: _____ Überarbeitet am: _____ Im PC: _____