

# Geburtsanmeldung – Schwangerenanamnese



**Bitte füllen Sie folgende Angaben gut leserlich aus – vielen Dank!**

Persönliche Angaben	Elternteil 1	Elternteil 2/Angehöriger
Name/ Geburtsname		
Vorname		
Adresse		
Herkunftsland (Verständigungssprache)		
Geburtsdatum		
Beruf		
Telefonnummer		
Familienstand		

Entbindungstermin	Letzte Regel

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 bei Privatversicherten: Wahlleistungen **JA**  **NEIN** , wenn **JA**, welche: \_\_\_\_\_ !

Weitere Angehörige (Name; Telefonnummer):  
 \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigkeit/ Vorhandensein eines Betreuers:	
Name des Betreuer	
Telefonnummer	
Anmerkungen	

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

Wenn **JA**, welche? In welcher Dosierung?

<input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	
---	--

Tragen Sie eine **Brille** bzw. haben Sie **Prothesen/ Implantate**?

Wenn **JA**, welche? Dioptrinzahl?

<input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	
---	--

## Geburtsanmeldung – Schwangerenanamnese

Konsumieren Sie Alkohol, Tabak oder andere Drogen in der Schwangerschaft?

Wenn **JA**, was und wieviel?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
---	--

<b>Name des Frauenarztes</b>	
<b>Betreuende Hebamme</b>	

### Familiäre Krankengeschichte

Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister)?

Falls **JA**, Art der Erkrankung und wer ist erkrankt?

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Krebsleiden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Thrombose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erbkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hüfterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hörstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Blutgerinnungserkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

## Geburtsanmeldung – Schwangerenanamnese

Leidet der **2. Elternteil/Spender** an einer der folgenden Erkrankungen?

Wenn **JA**, welche?

Hüfterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hörstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Allergie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erbkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

### Eigene Krankengeschichte

Leiden Sie selbst an eine der folgenden Erkrankungen?

Wenn **JA**, welche?

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Thrombose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erbkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hüfterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Allergie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hörstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Blutgerinnungserkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

## Geburtsanmeldung – Schwangerenanamnese

Sind Sie schon einmal **operiert** worden?

(Gab es Komplikationen? – verstärkte Blutung, Bluttransfusionen, Narkoseunverträglichkeit)

Wenn **JA**, was und wann? Komplikationen?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Hatten Sie schon einmal **Bluttransfusionen**?

Wenn **JA**, wann? Zwischenfälle?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

### Geburtshilfliche Vorgeschichte

Haben Sie schon Kinder geboren? →    Ja    Nein

Wann	SSW	Art der Geburt <small>Spontan, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt</small>	Komplikationen <small>Blutung, Bluthochdruck, CTG, grünes Fruchtwasser, etc.</small>	Geschlecht/ Ge- wicht/ Länge	Kind gesund/ krank	Ort
				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich  _____g _____cm	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> krank	
				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich  _____g _____cm	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> krank	
				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich  _____g _____cm	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> krank	
				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich  _____g _____cm	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> krank	

## Geburtsanmeldung – Schwangerenanamnese

					<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich  _____g _____cm	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> krank	
					<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich  _____g _____cm	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> krank	

SSW= Schwangerschaftswoche

Hatten Sie schon einmal einen **Schwangerschaftsabbruch**?

Wenn **JA**, Jahr, SSW, Ausschabung?

<input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	

Hatten Sie schon einmal eine **Fehlgeburt**?

Wenn **JA**, Jahr, SSW, Ausschabung?

<input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	

Mussten Sie schon einmal wegen einer **Sexuell übertragbaren Krankheit** behandelt werden?

Wenn **JA**, wann und was?

<input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	

Haben oder hatten Sie während der Schwangerschaft **Besonderheiten oder Erkrankungen**? →  **Ja**    **Nein**

z.B. Covidinfektionen, Schwangerschaftsdiabetes, vorzeitige Wehentätigkeit

Wenn **JA**, machen Sie bitte folgende Angaben:

Art der Erkrankung	Behandlung/ Therapie	Zeitraum	stationär	ambulant
Vorzeitige Wehen, Blutung, HELLP, Präeklampsie, Bluthochdruck, etc.		von - bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hier ist Platz für Ihre Notizen, falls Sie Fragen oder Wünsche an uns haben:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe, Ihr Team der Geburtshilfe!