

ANAMNESEBOGEN KREIßSAAL-SPRECHSTUNDE

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Personalien *(bitte ausfüllen)*

– Patientenetikett –

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Beruf: _____ berufstätig während der Schwangerschaft

Name Neugeborenes: _____ Frauenarzt: _____

Partner oder nächste/r Angehörige/r *(bitte ausfüllen)*

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Telefonnummer: _____

Bisherige Schwangerschaften *(wird im Gespräch mit der Hebamme ausgefüllt)*

Geburtsdatum	Geburtsort	Geburt / Verletzungen	m/w	Gewicht	gesund	Wochenbett

Gewicht vor SS: _____ aktuelles Gewicht: _____ Körpergröße: _____

Schwangerschaftsverlauf:

 _____ Risikoschwangerschaft

Familienanamnese:

Eigenanamnese (wird im Gespräch mit der Hebamme ausgefüllt)

Allergien: _____

Abusus: _____

Erkrankungen: _____

Operationen: _____

Medikamente: _____

Termin

ET _____ korrigierter ET _____ Grav _____ Para _____

Zykluslänge _____ letzte Periode _____ Ovulationshemmer _____

Labor

BG _____ Röteln _____ immun AK-Suchtest _____ Lues HIV

Chlam _____ Strep _____ CMV _____ Toxo _____ Hep B _____

Sonstiges _____

Diagnostik

oGTT 50 g _____ oGTT 75 g _____ Pränataldiagnostik _____

Lungenreife _____ stat. Behandlungen _____

Weiteres

Wünsche für die Geburt

_____ Homöopathie

1-Bett Zimmer 2-Bett Zimmer Familienzimmer Chefarzt

Datum: _____

Kürzel der Hebamme: _____