

# ANAMNESEBOGEN KREIßSAAL-SPRECHSTUNDE

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

## Personalien (bitte ausfüllen)

Name, Vorname:

— Patientenetikett —

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefonnummer:

Familienstand:

Beruf:

Hausarzt:

Frauenarzt:

Hebamme:

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

Name, Vorname:

Telefonnummer:

Die nachfolgenden Abschnitte werden im Gespräch mit der Hebamme ausgefüllt

## Termin

ET \_\_\_\_\_ korrigierter ET \_\_\_\_\_ Sterilitätsbehandlung \_\_\_\_\_

Zykluslänge \_\_\_\_\_ letzte Periode \_\_\_\_\_

## Labor

BG \_\_\_\_\_ Impfungen \_\_\_\_\_ AK-Suchtest \_\_\_\_\_ Röteln \_\_\_\_\_ immun

Chlam \_\_\_\_\_ Strep \_\_\_\_\_ Toxo \_\_\_\_\_ HIV \_\_\_\_\_ Lues \_\_\_\_\_

Hep B \_\_\_\_\_ CMV \_\_\_\_\_ Sonstiges \_\_\_\_\_

## Anamnese

Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Familienanamnese: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Abusus: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

**Schwangerschaftsverlauf**

\_\_\_\_\_

stationäre Behandlungen: \_\_\_\_\_

**bisherige Schwangerschaften**

Geburtsdatum	Geburtsort	Geburt / Verletzungen / SSW	m/w	Gewicht	gesund	Wochenbett/stillen

**Wünsche für die Geburt**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vorsorge**

Größe der Mutter \_\_\_\_\_

ursprüngliches Gewicht \_\_\_\_\_

Erstuntersuchung am \_\_\_\_\_

Anzahl der Untersuchungen \_\_\_\_\_

Lungenreifebehandlung \_\_\_\_\_

oGTT 50 g \_\_\_\_\_

oGTT 75 g \_\_\_\_\_

**Weiteres**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1-Bett Zimmer

2-Bett Zimmer

┌

– Patientenetikett –

└

Familienzimmer

Chefarzt

Datum: \_\_\_\_\_

Kürzel der Hebamme: \_\_\_\_\_

└

┘