



## Anamnesebogen Geburtshilfe Klinikum Leer

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Besondere Wohnsituation oder Lebensumstände (z.B. Mutter-Kind-Heim, alleinerziehend oder betreut durch soziale Einrichtungen, falls Ja, welche Einrichtung?):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_

Frauenarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_

Hebamme: \_\_\_\_\_

Entbindungstermin: \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? (z.B. gegen Medikamente oder Nahrungsmittel)

### Familiengeschichte:

Gibt es Erkrankungen in der Familie?

	Vater	Mutter	Bruder	Schwester	Großmutter	Großvater	Tante	Onkel
Bluthochdruck								
Diabetes mel.								
Herzinfarkt								
Schlaganfall								
Asthma bronch.								
Krebs (Wenn ja, welcher)								
Thrombosen								
Fehlbildungen								
Gendefekte								
Herzfehler								
Sonstiges								



### Eigene Krankengeschichte:

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht vor der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ Kg

Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ Kg, Datum: \_\_\_\_\_

Haben Sie...

<b>X</b>		
	Bluthochdruck	Wie hoch?
	Diabetes mel.	Typ I o. II? Insulinpflichtig oder diätetisch?
	Schwangerschaftsdiabetes	Insulinpflichtig oder diätetisch?
	Fettstoffwechselstörung	
	Krebserkrankungen	Welcher?
	Hautkrankheiten	
	Erkrankungen des Kopfes	
	Schilddrüsenerkrankung	
	Asthma bronch.	
	Magenerkrankung	
	Darmerkrankung	
	Gab es eine Darmspiegelung	Wenn ja, wann?
	Nierenerkrankungen	
	Leber / Gelbsucht	
	Rheuma	
	Gicht	
	Psychische Erkrankung	
	Erkrankungen der Gebärmutter oder der Eierstöcke (z.B. Endometriose, PCO)	Wenn ja, was?
	Bewegungseinschränkungen	
	Skoliose	
	Hüftdysplasie	
	Beckenfehlbildungen oder Beckenfehlstellungen	
	Sonstiges	Was?



Hatten Sie Operationen wie...

<b>X</b>		
	Ausschabung nach einer Fehlgeburt	Datum:
	Schwangerschaftsabbruch	Datum:
	Kaiserschnitt	Datum:
	Magen-Bypass oder andere Magenoperationen	Datum:
	Brustoperationen	Datum: Wenn ja, welche?
	Blinddarmentfernung	Datum:
	Rachenmandelentfernung	Datum:
	Gallenblasenentfernung	Datum:
	Ausschabung nach einer spontanen Geburt	Datum:
	Bauchspiegelung	Datum: Grund:
	Andere Operationen an der Gebärmutter:	Datum: Grund:

<b>X</b>		
	Gab es jemals einen stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus?	Wann und wo?



Gab es vorherige Schwangerschaften?

Jahr	Wie geboren?	Geschlecht?	Gewicht?	Besonderheiten? Bitte kreuzen Sie an oder ergänzen es unter sonstiges
				<input type="checkbox"/> starke Nachblutung <input type="checkbox"/> Dammverletzung <input type="checkbox"/> Nahtprobleme <input type="checkbox"/> Gab es eine Einleitung? <input type="checkbox"/> Hatten Sie eine PDA? <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> wurde gestillt? <input type="checkbox"/> Gab es Besonderheiten im Wochenbett? <input type="checkbox"/> Sonstiges:
				<input type="checkbox"/> starke Nachblutung <input type="checkbox"/> Dammverletzung <input type="checkbox"/> Nahtprobleme <input type="checkbox"/> Gab es eine Einleitung? <input type="checkbox"/> Hatten Sie eine PDA? <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> wurde gestillt? <input type="checkbox"/> Gab es Besonderheiten im Wochenbett? <input type="checkbox"/> Sonstiges:
				<input type="checkbox"/> starke Nachblutung <input type="checkbox"/> Dammverletzung <input type="checkbox"/> Nahtprobleme <input type="checkbox"/> Gab es eine Einleitung? <input type="checkbox"/> Hatten Sie eine PDA? <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> wurde gestillt? <input type="checkbox"/> Gab es Besonderheiten im Wochenbett? <input type="checkbox"/> Sonstiges:
				<input type="checkbox"/> starke Nachblutung <input type="checkbox"/> Dammverletzung <input type="checkbox"/> Nahtprobleme <input type="checkbox"/> Gab es eine Einleitung? <input type="checkbox"/> Hatten Sie eine PDA? <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> wurde gestillt?



## Formblatt

				0 Gab es Besonderheiten im Wochenbett? 0 Sonstiges:
--	--	--	--	--

Gab es in dieser Schwangerschaft Komplikationen? (Z. B. Blutungen, erhöhter Blutdruck, Schwangerschaftsdiabetes, Nierenstau)

Nehmen Sie Medikamente ein? (Z. B. gegen Bluthochdruck, Diabetes mel., Schilddrüsenerkrankungen, Bluthochdruck, Asthma bronch.)

Welche?	Dosierung?

## Gewohnheiten

X		Wie viel?	Seit wann?
	Rauchen		
	Alkohol		
	Drogen		

Möchten Sie stillen? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wie soll der Nachname ihres Kindes lauten? \_\_\_\_\_

Leer, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/-in