

Anamnesebogen Geburtshilfe

Gültigkeitsbereich: TKH, Frauenklinik, Patientenaufnahme

Dokumentenart: MI

Patientenetikett

Liebe Patientin,

um Ihnen den Aufnahmeprozess zu erleichtern und Ihre Wartezeit zu verkürzen bitten wir Sie die folgenden Fragen bereits vor dem Gespräch mit der Hebamme beziehungsweise der/dem Ärztin/Arzt nach bestem Wissen zu beantworten. Sollten Ihnen medizinische Vorbefunde schriftlich vorliegen bringen Sie diese bitte auch zum Gespräch mit.

Geburtshilfliche Anamnese (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Wie oft sind Sie schwanger gewesen? _____ (Gesamtzahl der Schwangerschaften)

Wie viele Kinder haben Sie geboren? _____ (Angaben zur Geburt weiter unten)

Wie viele Fehlgeburten hatten Sie? _____ (Falls Operation bitte Angabe dazu weiter unten)

Wie viele Schwangerschaftsabbrüche? _____ (Falls Operation bitte Angabe dazu weiter unten)

Jahr	Geburtsmodus (Spontan, Glocke, Zange, Sectio)	Geschlecht	Gewicht	SSW	Besonderheiten / Geburtsverletzungen	Wochenbett

Gab es im bisherigen Schwangerschaftsverlauf Besonderheiten? (z.B. Blutung, Infektion, Cerclage, Gestationsdiabetes, Gestationshypertonie, Präeklampsie)

Allgemeine Anamnese (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Sind bei Ihnen Allergien / Unverträglichkeiten bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen Allgemeinerkrankungen bekannt? (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, Diabetes, Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion)?

Anamnesebogen Geburtshilfe

Gültigkeitsbereich: TKH, Frauenklinik, Patientenaufnahme

Dokumentenart: MI

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

 Ja Nein

Präparat	Dosierung (z.B. mg)	Morgens	Mittags	Abends

Wurden bei Ihnen bereits Operationen am Bauch durchgeführt? (z.B. Sterilisationsbehandlung, Bauchspiegelung, Endometrioseoperation, Ausschabung)

 Ja Nein

Zeitpunkt	Erkrankung	Welche OP?	Komplikation

Konsumieren Sie regelmäßig eine oder mehrere der folgenden Substanzen? (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Nikotin: Nein Ja Zigaretten pro Tag: _____Alkohol: Nein Ja Gläser Wein / Bier / Sonstiges pro Tag: _____Drogen: Nein Ja Name der Droge: _____ Anwendung pro Tag: _____

Ort, Datum, _____ Unterschrift Patientin oder Sorgeberechtigte*r: _____

 Ich handle als Vertreter*in mit Vertretungsmacht / gesetzliche/r Vertreter*in / Betreuer*in

Die Daten werden auf der Basis der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen erhoben. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung.