

Liebe Schwangere, liebe werdende Familie,

damit wir bei Ihrem Aufenthalt mehr Zeit für Sie und Ihre Bedürfnisse haben, bitten wir Sie, im Vorfeld unseren angehängten Anamnesebogen auszufüllen. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen mit, wenn Sie zum ersten Mal in dieser Schwangerschaft in unsere Schwangerenambulanz oder zur Geburt kommen.

Natürlich können Sie uns auch gerne telefonisch oder per E-Mail erreichen.

Schwangerenambulanz:

Telefon: 06151-1076145

E-Mail-Adresse: schwangerenambulanz@mail.klinikum-darmstadt.de

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr Team der Geburtshilfe am Klinikum Darmstadt

Anamnesebogen

Kontaktdaten

Patientin Name: _____

Patientin Telefonnummer: _____

Patientin E-Mail: _____

Kontaktperson Name: _____

Kontaktperson Telefonnummer: _____

Betreuende*r Facharzt*ärztin: _____

Betreuende Hebamme: _____

Private (Zusatz-) Versicherung: Nein Ja: Name der Versicherung:

Wenn ja, welche? Chefarztbehandlung

1 Bett Zuzahlung

2 Bett Zuzahlung

Familienzimmerwunsch: Ja Nein

Schwangerschaftsanamnese

Anzahl Schwangerschaften: _____

Anzahl bisheriger Geburten: _____

Errechneter Geburtstermin: _____

Körpergröße: _____

Gewicht vor der Schwangerschaft: _____

Vorrangegangene Schwangerschaften inkl. Fehlgeburt, Abbruch, EUG

<u>Jahr</u>	<u>Art der Geburt</u>	<u>Geschlecht</u>	<u>Gewicht</u>	<u>Besonderheiten</u>

Fragen zu Ihrer allgemeinen Gesundheit

<p>Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente, Pollen, Inhaltsstoffe (z.B. Latex) oder Lebensmittel??</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, gegen: ----- ----- -----</p>
<p>Nehmen Sie Medikamente, Vitamine oder Nahrungsergänzungsmittel ein?</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende: ----- ----- -----</p>
<p>Haben Sie Grunderkrankungen? z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Asthma, Psychische Erkrankungen etc.</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende: ----- ----- -----</p>
<p>Haben Sie gynäkologische Vorerkrankungen? z.B. Myome, Zysten, Endometriose, PCO-Syndrom etc.</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende: ----- ----- -----</p>
<p>Sind Sie schon einmal operiert worden?</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, bitte das Jahr und ggf. Besonderheiten (z.B. Komplikationen), und ob Narkose gut vertragen wurde angeben ----- ----- -----</p>
<p>Ist bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung bekannt?</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende: ----- ----- -----</p>
<p>Rauchen Sie, trinken Sie Alkohol oder nehmen Sie Drogen in der Schwangerschaft?</p>	<p>Rauchen: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, ca. Zigaretten pro Tag Alkohol: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Drogen: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p>
<p>Sind bei Ihren nächsten Verwandten (Eltern, Geschwister, eigenen Kinder) oder dem Kindsvater Grund- oder Erbkrankheiten bekannt? z.B. Bluthochdruck, Krebs, Diabetes, Fehlbildungen etc.</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: Bitte Erkrankung und Betroffenen angeben ----- ----- -----</p>

Fragen zu Ihrer Schwangerschaft

Wie ist die Schwangerschaft entstanden?	<input type="radio"/> Natürlich <input type="radio"/> Hormonbehandlung <input type="radio"/> Kinderwunschbehandlung (z.B. IVF, ICSI) -----
Gab es Besonderheiten in dieser Schwangerschaft?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: z.B. Zwillingschwangerschaft, SS-Diabetes, Bluthochdruck, Blutungen, etc. ----- ----- ----- -----

Soziale Anamnese:

Herkunftsland (wo sind Sie geboren?)	<input type="radio"/> Deutschland <input type="radio"/> _____ (Land)	
Familienstand:	<input type="radio"/> Verheiratet <input type="radio"/> Ledig	<input type="radio"/> Geschieden <input type="radio"/> Verwitwet
Beruf der Schwangeren:		
Beruf des Partners/ der Partnerin:		
Familiename des Kindes:		
Kind versichert bei / wo:		

Wünsche bezüglich der Geburt:
