



Anamnese zur Geburtsanmeldung

Name

Alter Größe Gewicht vor SS

Ihre wievielte Schwangerschaft ist dies?

Hatten Sie schon einmal eine **Fehlgeburt**?

Wenn ja, wann: Fand eine Ausschabung statt?

Wurden Sie aktuell schwanger durch eine **künstliche Befruchtung**?

Wenn ja, welche?

Erster Tag der **letzten Regelblutung** oder Tag der Befruchtung:

Wurden in dieser Schwangerschaft **Besonderheiten / Risiken** festgestellt?

z. B. Diabetes, Zwillinge, besonderer Plazentasitz, Schwangerschafts-
Bluthochdruck, aktuell Beckenendlage...

Wenn ja, welche?

Mußten Sie in dieser Schwangerschaft **stationär** behandelt werden?

Wenn ja, warum?

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

Wenn ja, welche?

Haben Sie **Allergien**?

Wenn ja, welche?

Haben Sie **Vorerkrankungen**? (z. B. Herpes, Schilddrüse, Atemwege,
Stoffwechsel, Gehirn, Herz/Kreislauf, Magen/Darm, Leber, Niere)

Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine bekannte **Blutungs-Neigung** oder **Thrombose-Neigung**?

Wenn ja, welche?

Wurde schon einmal eine **Operation** durchgeführt?

Wenn ja, welche?

Gab es dabei **Komplikationen**?

Wenn ja, welche?

Haben Sie in Ihrer Vergangenheit **psychische Veränderungen** erlebt?

Wenn ja, in welcher Form?

Würden Sie Ihre psychische Gesundheit als **stabil** einschätzen?

Fühlen Sie sich für die Zeit nach der Geburt gut **unterstützt und vernetzt**?

Haben Sie Bedarf an einem Termin bei einer **Babylotsin/Psychologin**?

Gibt es in Ihrem **häuslichen Umfeld** besondere Umstände?

Wenn ja, welche?

.....

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein



Konsumieren Sie in der Schwangerschaft Zigaretten, Alkohol oder andere **Suchtmittel**?

Wenn ja, was und wie oft?

ja nein

Konsumiert **Ihr:e Partner:in** Zigaretten, Alkohol oder andere Suchtmittel?

Wenn ja, was und wie oft?

ja nein

Hat der **Kindsvater** relevante Vorerkrankungen und/oder Allergien?

Wenn ja, welche?

ja nein

Gibt es in der Familie besondere **vererbare Erkrankungen**?

(auch Diabetes im Kindes/Erwachsenenalter)

Wenn ja, welche?

ja nein

Welche Wünsche haben Sie, damit Sie sich bei uns gut betreut fühlen?

.....
.....

Falls Sie einen weiteren Termin in einer unserer **Sprechstunden** vereinbart haben, wann und wo findet dieser statt?

.....

Hinweis Bitte bringen Sie ärztliche Befunde und Operations-/Geburtsberichte zu den Terminen mit, insbesondere bei Risiken (im Mutterpass angekreuzt) oder bei vorausgegangenen Operationen (v.a. Bauch, Wirbelsäule, Becken).

Im Falle vorheriger Schwangerschaften, füllen Sie bitte folgende Tabelle aus:

| Jahr | Besonderheiten Geburt | SSW | Geburts-gewicht | Besonderheiten Wochenbett | Geburtsort |
|------|-----------------------|-----|-----------------|---------------------------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Vielen Dank.

