

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

Familienstand

\_\_\_\_\_

Telefonnummer

\_\_\_\_\_

Beruf

\_\_\_\_\_

Nationalität & Religionszugehörigkeit

\_\_\_\_\_

Betreuende Hebamme

\_\_\_\_\_

Frauenarzt

\_\_\_\_\_

Sonstiger mitbehandelnder Facharzt

\_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Vormund/gesetzlichen Betreuer?**

- Nein  
 Ja

\_\_\_\_\_

(bitte Name und Telefonnummer des Betreuers angeben)

**Größe in cm:** \_\_\_\_\_

**Gewicht vor Schwangerschaft in kg:** \_\_\_\_\_

**Angaben zum Partner**

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Beruf

\_\_\_\_\_

Telefonnummer

\_\_\_\_\_

**Anamnese**

1. Tag der letzten Periode \_\_\_\_\_

Entbindungstermin \_\_\_\_\_

Ihre wievielte Schwangerschaft ist das? \_\_\_\_

**Wurden bei Ihnen in dieser Schwangerschaft folgende Untersuchungen durchgeführt?**

- Feindiagnostik (zusätzlich zum Organultraschall) \_\_\_\_\_  
(bitte durchführendes Perinatalzentrum angeben)
- Amniozentese (Fruchtwasserpunktion) \_\_\_\_\_  
(bitte durchführendes Perinatalzentrum angeben)
- Chorionzottenbiopsie \_\_\_\_\_  
(bitte durchführendes Perinatalzentrum angeben)

**Vorausgegangene Geburten:**

Jahr	Spontan Vakuum/Zange Kaiserschnitt	Klinik	SSW	Junge/ Mädchen	Gewicht	Besonderheiten/ Komplikationen

**Vorausgegangene Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche oder Eileiterschwangerschaften:**

Jahr	Fehlgeburt SS-Abbruch EUG	Klinik	SSW	Ausschabung	Besonderheiten/ Komplikationen

**Haben Sie Kinder mit schweren Erkrankungen und/oder Fehlbildungen?**

- Nein
- Ja, folgende \_\_\_\_\_

**Gab es in dieser Schwangerschaft Komplikationen?**

(z.B. vorzeitige Wehen, Bluthochdruck, Schwangerschaftsdiabetes, Plazenta prävia, Plazentahämatom, Blutungen ab der 20.SSW, Auffälligkeiten im Ultraschall,...)

---

---

**Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt?**

(z.B. Bluthochdruck, Diabetes, therapiebedürftige Depression, Gerinnungsstörung, Erkrankungen an Schilddrüse, Herz, Lunge, Leber, Niere, Gehirn oder Wirbelsäule, Blutarmut mit Hb-Wert < 9mg/dl,...)

---

---

**Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?**

(z.B. Magnesium, Eisen, Iod, Blutdruckmedikamente, Insulin, Aspirin oder sonstige Blutverdünner, Antidepressiva oder sonstige Psychopharmaka, Schilddrüsenmedikamente,...)

---

---

**Leiden Sie unter Allergien? (bitte Allergiepass mitbringen falls vorhanden)**

(z.B. Medikamente, Schmerz- und Narkosemittel, Antibiotika, Pflaster, Latex,...)

---

---

**Rauchen Sie?**

- Nein
- Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag

**Trinken Sie Alkohol?**

- Nein
- Ja, \_\_\_\_\_  
(bitte Substanz, Menge und Häufigkeit angeben)

**Nehmen Sie Drogen?**

- Nein
- Ja, \_\_\_\_\_  
(bitte Substanz, Menge und Häufigkeit angeben)

**Wurden Sie schon einmal operiert?**

(z.B. Gebärmutteroperationen wie Ausschabungen, Myomabtragungen, Konisationen, sonstige Unterleibsoperationen, Blinddarm, Mandeln, Magen-oder Darmoperationen...)

Jahr	Art der OP	Klinik	Vollnarkose/ Lokale Betäubung	Besonderheiten/ Komplikationen

**Haben Sie schon einmal Bluttransfusionen erhalten?**

- Nein
  - Ich lehne Bluttransfusionen ab
- Ja
  - Warum? \_\_\_\_\_
  - Wann? \_\_\_\_\_
  - Gabe es Komplikationen? \_\_\_\_\_

**Familienanamnese**

**Gibt es in Ihrer Familie oder der Familie Ihres Partners Erkrankungen?**

(z.B. Fehlbildungen, Syndrome, schwere Erkrankungen im Kindesalter, Diabetes, Krebs, Herzerkrankungen, Erkrankungen an anderen Organen, ...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte teilen Sie uns sonstige in Ihren Augen wichtige Informationen mit und/oder sprechen Sie uns bei Fragen gerne an.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Patientin: \_\_\_\_\_