

Anamnese zum Hebammengeleiteten Kreißsaal

Name _____ Vorname _____
Adresse _____
PLZ _____ Stadt _____
Telefon _____ E-Mail _____
Geb _____ Alter _____
Fam.stand _____
Gynäkologe _____ Hebamme _____

Daten Ihrer Krankenkasse

Name d. KK _____
Versicherung _____
Vers.Nr. _____
Zusatzver. _____ 1-Bett _____ 2-Bett _____ Chefarzt

Folgende Informationen finden Sie in Ihrem Mutterpass

1. Tag der letzten Periode _____
Errechner Geb.termin _____
Korrigierter Termin _____
Ich erwarte _____ 1 Kind _____ Zwillinge _____ Drillinge _____ Vierlinge
Untersuchungen bei einem Spezialisten aufgrund von Besonderheiten

Blutgruppe _____ Rhesusfaktor _____
Antikörpersuchtest _____ negativ _____ positiv _____ Titer

Chronische oder akute Infektionen, z.B. Hepatitis, HIV, Herpes, β -Streptokokken

_____ Nein _____ Ja Welche? _____

Sind Sie schon einmal operiert worden?

_____ Nein _____ Ja Woran? _____

Haben Sie andere Erkrankungen, z.B. Herz, Lunge, Leber, Niere, Magen, Darm, Skelett, Augen, Schilddrüse, Epilepsie, Asthma, Hüftleiden, Blutdruck?

_____ Nein _____ Ja Welche? _____

Leiden Sie an Gerinnungsstörungen, Blutungsneigung, Thrombose (auch überstandene), Embolien?

_____ Nein _____ Ja Welche? _____

Medikamente (auch Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Eisen)

Haben Sie Allergien?

_____ Nein _____ Ja Welche? _____

Sind beim Kindsvater Allergien bekannt?

_____ Nein _____ Ja Welche? _____

Gibt es in Ihrer Familie körperliche oder psychische Erkrankungen?

_____ Nein _____ Ja Welche? _____

Gibt es beim Kindsvater Erkrankungen? (körperlich, psychisch, Sucht)

_____ Nein _____ Ja Welche? _____

Sprechen Sie Deutsch?

_____ Nein _____ Ja Sprachkenntnisse _____

Erkrankungen und Auffälligkeiten in der jetzigen Schwangerschaft

Vorzeitige Wehen

_____ Nein _____ Ja

Operativer Muttermundverschluss

_____ Nein _____ Ja

Sonstige Auffälligkeiten, z.B. Blutungen, niedriger Eisenwert

Krankenhausaufenthalte

_____ Nein _____ Ja Wo? _____

Gibt es einen Grund für einen geplanten Kaiserschnitt?

_____ Nein _____ Ja

Fühlen Sie sich aktuell stark belastet durch private oder berufliche Probleme?

_____ Nein _____ Ja

Sind Sie zur Zeit in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung?

_____ Nein _____ Ja

Was möchten Sie uns noch mitteilen? Fehlt eine wichtige Frage?

Wünsche für die Geburt

Ort/ Datum

Unterschrift