



## Anamneseblatt Geburtshilfe

### Schwangere

- Name \_\_\_\_\_
- Vorname: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
- Adresse: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Telefon: \_\_\_\_\_
- Handy: \_\_\_\_\_
- Beruf: \_\_\_\_\_
- Berufsverbot:  ja  nein
- Berufl. Belastung:  ja  nein
- Familienstand:  ledig  verheiratet   
getrennt lebend  geschieden

### Kindsvater oder andere Begleitperson

- Name \_\_\_\_\_
- Vorname: \_\_\_\_\_
- Telefon: \_\_\_\_\_
- Handy: \_\_\_\_\_

**Zukünftiger Familienname des Kindes:**

- Krankenversicherung: \_\_\_\_\_
- Familienversichert über: \_\_\_\_\_
- Wahlleistungen  ja  nein
- Familienzimmer (falls frei)
- Chefarztbehandlung
- Einbettzimmer  Zweibettzimmer

### GynäkologIn (FrauenärztIn)

Name: \_\_\_\_\_

### Betreuende Hebamme

Name: \_\_\_\_\_

ich habe keine Hebamme

### Laboruntersuchungen:

- Blutzucker- Belastungstest:
- Datum: \_\_\_\_\_  50g  75g
- nüchtern \_\_\_\_\_ 1h \_\_\_\_\_ 2h \_\_\_\_\_

### Sonstige mitbetreuende Ärzte

(Gerinnungsambulanz, Diabetologe,  
Internist...)

Name: \_\_\_\_\_

Etikett

**□ Sonstiges:**

- Corona: Anzahl Impfungen \_\_\_\_\_ Genesen seit \_\_\_\_\_
- Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht vor der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ aktuell: \_\_\_\_\_
- Zykluslänge: \_\_\_\_\_ Tage
- Dauer der Blutung: \_\_\_\_\_ Tage
- Regelmäßig:  ja  nein
- Sterilitätsbehandlung:  ja  nein
- ICSI  IVF

**□ Vorangegangene Schwangerschaften/ Geburten/ Risiken**

Datum	Ort	Geburtsart (spontan/Zange/Saugglocke/ Kaiserschnitt/ Fehlgeburten/ Eileiterschwangerschaft Abbrüche)	Schwangerschafts- woche + Geschlecht	Gewicht/	Komplikationen bei der Geburt oder im Wochenbett Stillen?

**□ Aktuelle Schwangerschaft:**

- Übelkeit:  ja  nein
- Erbrechen:  ja  nein
- Blutungen:  ja  nein
- Harnwegsinfekt:  ja  nein
- Krampfadern:  ja  nein
- Hämorrhoiden:  ja  nein
- Vorzeitige Wehentätigkeit:  ja  nein

Etikett

**Eigenanamnese** (eigene Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Medikamenteneinnahme)

• **Allergien:**

- Organische Vorerkrankungen (Herz, Lunge, Leber, Nieren, Schilddrüse..)\_\_\_\_\_
- Blutungsneigung (Thrombose/Embolien)\_\_\_\_\_
- Bluttransfusion erhalten:  ja  nein\_\_\_\_\_
- Gerinnungsstörungen:\_\_\_\_\_
- Geimpft gegen Kinderkrankheiten:  ja  nein\_\_\_\_\_
- Schwangerschafts-/ Diabetes\_\_\_\_\_
- Suchterkrankungen (Nikotin, Alkohol, Drogen)\_\_\_\_\_
- Gynäkologische Erkrankungen (Myome, Endometriose, Polypen, Krebs)\_\_\_\_\_
- Operationen \_\_\_\_\_
- Skeletterkrankungen (Hüftdysplasie, Bandscheibenvorfall, Skoliose)\_\_\_\_\_
- Psychische Erkrankungen (Depression, Essstörung, Angststörung)\_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikamente (Name und Dosierung):**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Etikett

**Familienanamnese** (Erkrankungen welche in ihrer Familie oder des Kindsvaters auftreten)

- Diabetes: \_\_\_\_\_
- Herzerkrankungen: \_\_\_\_\_
- Hüfterkrankungen (Spreizhose getragen): \_\_\_\_\_
- Erbliche Krankheiten: \_\_\_\_\_
- Fehlbildungen: \_\_\_\_\_
- Psychische Erkrankungen: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Anmerkungen:**

- Wie möchten Sie Ihr Kind ernähren?  ich möchte Stillen  ich möchte Flaschennahrung geben
- Bei Flaschennahrung: welche Nahrung möchten Sie geben: \_\_\_\_\_
- Wünsche für die Geburt (PDA, Wassergeburt, sonstiges..)\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

---

Datum und Unterschrift der Schwangeren