

Anamneseerhebung bei Erstvorstellung

Persönliche Angaben:			
Name:		Vorname:	
Geburtsname:		Geburtsdatum:	
Geburtsort:		Staatsangehörigkeit:	
Muttersprache:		Bekenntnis:	
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> sonstige			
Errechneter Termin:			
Beruf:		Arbeitgeber:	
Berufstätig während der Schwangerschaft:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht ein Beschäftigungsverbot?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja seit wann?
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Wohnort:			
Telefonnummer:		Mobil:	
E-Mail-Adresse:			
Frauenarzt/Frauenärztin:			
Kinderarzt/Kinderärztin:			
Betreuende Hebamme:			
Partner oder im Notfall zu verständigen:			
Name:		Vorname:	
Geburtsname:		Geburtsdatum:	
Beruf:		Mobil:	
Krankenkassendaten:			
Name der Krankenkasse:		Versichertennummer:	
Private Zusatzversicherung:			

**Wünsche zu Unterbringung während des Aufenthaltes in unserem Haus:
Bitte beachten Sie, dass wir Wünsche nur nach Verfügbarkeit und Zuzahlung erfüllen können!**

<input type="checkbox"/> Einbettzimmer (bei gesetzlicher Versicherung 91,90 € pro Tag)	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer (bei gesetzlicher Versicherung 40,45 € pro Tag)
<input type="checkbox"/> Standardbelegung im Dreibettzimmer	<input type="checkbox"/> Familienzimmer (bei gesetzlicher Versicherung 124,00 € pro Tag)

Vorangegangene Geburten:	1.	2.	3.	4.
Jahr:				
Klinik:				
Schwangerschaftswoche:				
Art der Geburt: (z.B. normale Geburt, Kaiserschnitt, Saugglocke)				
Dauer:				
Dammverletzung:				
Komplikationen:				
Geschlecht:				
Gewicht:				
Entwicklung:				
Wochenbett Verlauf:				
Stillen: Ja/nein				
Dauer:				
Probleme?				
Vorherige Schwangerschaften	1.	2.	3.	4.
Jahr:				
Klinik:				
Schwangerschaftswoche:				
Fehlgeburten/ Schwangerschaftsabbruch:				
Ausschabung/Narkose:				
Besonderheiten:				

Sind in dieser Schwangerschaft Komplikationen oder Risiken aufgetreten?

<input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt	<input type="checkbox"/> Pilzinfektion	<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsdiabetes	<input type="checkbox"/> Diätetisch	<input type="checkbox"/> Insulin-Gabe	

Andere Probleme:

Wurde in dieser Schwangerschaft Pränataldiagnostik durchgeführt? Wenn ja welche?

<input type="checkbox"/> Nackenfaltenmessung	<input type="checkbox"/> Bluttest (z.B. Harmony- oder Praenatest)
<input type="checkbox"/> Fruchtwasseruntersuchung	<input type="checkbox"/> andere...

Eigenanamnese:

Größe:		Gewicht vor der Schwangerschaft:		Aktuelles Gewicht:	
Rauchen Sie? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wie viele pro Tag? _____			Trinken Sie Alkohol? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Nehmen Sie Drogen? Ja <input type="checkbox"/>			Welche?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (zum Beispiel für die Schilddrüse, aber auch schwangerschaftsspezifische Medikamente/Vitamine wie Magnesium oder Eisen)					
Sind bei Ihnen Allergien/Unverträglichkeiten bekannt?					
Leiden Sie an bestehenden Grunderkrankungen? (zum Beispiel Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Bluthochdruck, Blut-/Thromboseneigung, Lunge-/Atemwege (Asthma)?)					

Hatten Sie Operationen?	Wann	Klinik	Was	Narkose	Komplikationen
1					
2					
3					
Gibt es bei Ihren nahen Verwandten (zum Beispiel bei den Eltern, Großeltern oder Geschwistern) behandlungsbedürftige, chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombosen, Gerinnungsstörungen oder Behinderungen)?					
Persönliche Notizen zur Orientierungshilfe:					
Haben Sie einen Geburtsvorbereitungskurs besucht?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wer darf Sie bei der Geburt begleiten?					
Name und Telefonnummer:					
Bei folgenden Untersuchungen/Vorgängen sollte die Begleitperson den Raum verlassen:					
Wie können Sie sich vorstellen zu gebären?					
Möchten Sie, dass wir Ihnen ihr Kind direkt nach der Geburt auf ihre Brust legen?			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bitte in dem Moment nachfragen
Nach der Geburt des Kindes folgt die Geburt des Mutterkuchens (Plazenta). Haben Sie darauf bezogen irgendwelche Wünsche? (z.B. Plazentaglobuli, o.ä.)					
Wie wünschen Sie sich Ihren Aufenthalt nach der Geburt?			Ambulante Geburt	Normaler Aufenthalt (ca. 2–3 Tage, nach Kaiserschnitt ca. 4–5 Tage)	
Möchten Sie ihr Kind stillen?			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nur unmittelbar nach der Geburt (Vormilch)

Im Folgenden dürfen Sie alle weiteren Wünsche äußern, die wir bisher nicht angesprochen haben. Gibt es etwas, was wir über Ihre Gewohnheiten wissen sollten? Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, was Sie beschäftigt?

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!