

Formular Anamnesebogen Geburtshilfe

Gültigkeitsbereich: Geburtshilfe



Name: Vorname:

Geb.-datum: Anschrift:

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen zu Ihrer Krankengeschichte:

Eigene Krankengeschichte

1. Herz-Kreislaufkrankungen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
2. Bluthochdruck ja / nein Wenn ja, seit wann?
3. Nierenerkrankungen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
4. Lebererkrankungen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
5. Erbkrankheiten ja / nein bekannt seit:
Welche?
6. Fehlbildungen ja / nein bekannt seit:
Welche?
7. Blutungsneigung ja / nein Wenn ja, seit wann?

→ Bitte auch weiterlesen und ggf. kreuzen, wenn bei Frage nach Blutungsneigung „nein“!

Sind bei Ihnen folgende Blutungsarten beobachtet worden (bei Antwort „ja“, bitte Kreuz setzen)?

- Nasenbluten ohne erkennbare Ursache
 - Blaue Flecke oder punktförmige Blutungen ohne erkennbare Ursache
 - Blutungen in Gelenke, Weichteile oder Muskeln
 - Kam es nach Schnitt- oder Schürfwunden zu einem längeren Nachbluten?
 - Kam es zu längerem oder verstärktem Nachbluten beim Zahnziehen?
 - Kam es zu einer verstärkten Blutung während oder nach Operationen?
 - Ist eine schlechte Wundheilung bekannt?
 - Gibt es familiäre Fälle von verstärkter Blutungsneigung?
 - Nahmen oder nehmen Sie in letzter Zeit Medikamente zur Blutverdünnung?
 - Ist die Monatsblutung verstärkt oder verlängert (>7 Tage)?
8. Thrombose oder Blutgerinnungsstörung ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
 9. Allergien (auch Medikamente) ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
 10. Asthma ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
 11. Diabetes ja / nein Wenn ja, seit wann?
Welcher Typ?
 12. Schilddrüsenerkrankungen ja / nein Wenn ja, seit wann?
Welche?
 13. Krebserkrankungen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?

Formular

Anamnesebogen Geburtshilfe

Gültigkeitsbereich: Geburtshilfe



14. Psychische Erkrankungen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
15. Psychosomat. Erkrankungen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
16. Körperliche / sexualisierte ja / nein Wenn ja, wann?.....
Gewalterfahrungen
17. Depressionen ja / nein Wenn ja, (seit) wann?
Welche Art?
18. Bluttransfusion ja / nein Wenn ja, wann?
19. Hüftdysplasie ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
20. Beckenbesonderheiten ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
21. Unfälle ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
22. Stress ja / nein Wenn ja, ggf. Erläuterung:.....
.....
23. Tierkontakt ja / nein
24. Rauchen ja / nein Wenn ja, wie häufig?.....
25. Alkohol ja / nein Wenn ja, wie häufig?.....
26. Drogen ja / nein Wenn ja, seit wann?.....
Welche und wie häufig?.....
27. Brillenstärke ja / nein Wenn ja, welche?
28. Geschlechtskrankheiten ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
29. Medikamente ja / nein Welche?
-
30. Operationen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?.....
.....
.....
31. Gynäkologische Erkran- ja / nein Wenn ja, wann?
kungen / Operationen
Welche?.....
.....
.....
32. First-Trimester-Screening durchgeführt? ja / nein Wenn ja, bitte Befundkopie mitbringen.
33. Feindiagnostik durchgeführt? ja / nein Wenn ja, bitte Befundkopie mitbringen.
34. Nicht-invasiver Pränataltest durchgeführt? ja / nein Wenn ja, bitte Befundkopie mitbringen.
35. Andere Vorbefunde allgemein ja / nein Wenn ja, bitte Befundkopie mitbringen.

Formular

Anamnesebogen Geburtshilfe

Gültigkeitsbereich: Geburtshilfe



Familienanamnese

- | | | |
|------------------------------|---|---------------------|
| 36. Herz-Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? |
| | | Welche? |
| 37. Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? |
| 38. Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? |
| | | Welche? |
| 39. Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? |
| | | Welche? |
| 40. Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? |
| | | Welche? |
| 41. Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? |
| | | Welche? |
| 42. Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? |
| 43. Thrombose | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? |
| | | Welche? |
| 44. Allergien | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? |
| | | Welche? |
| 45. Diabetes | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? |
| | | Welcher Typ? |
| 46. Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? |
| | | Welche? |
| 47. Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? |
| | | Welche? |
| 48. psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? |
| | | Welche? |