

Persönliche Daten

Name: Vorname:

Geb.-datum: Anschrift:

Telefonnummer: Beruf/Tätigkeit:

Stillerfahrung: ja / nein

Daten/Angaben zum Partner/Kindsvater

Name: Vorname:

Geb.-datum: Geburtsort:.....

Anschrift (falls abweichend): Telefonnummer:

Eigene Krankengeschichte

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen zu Ihrer Krankengeschichte:

- | | | |
|-------------------------------|---|---------------------------|
| 1. Herz-Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wann? |
| | | Welche? |
| 2. Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, seit wann? |
| 3. Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wann? |
| | | Welche? |
| 4. Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wann? |
| | | Welche? |
| 5. Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | bekannt seit: |
| | | Welche? |
| 6. Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | bekannt seit: |
| | | Welche? |
| 7. Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> 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)?

Formular

Anamnesebogen Geburtshilfe

Gültigkeitsbereich: SJS Gyn, Geb

8. Thrombose oder Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann? Welche?
9. Allergien (auch Medikamente)	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann? Welche?
10. Asthma	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann? Welche?
11. Diabetes	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann? Welcher Typ?
12. Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann? Welche?
13. Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann? Welche?
14. Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann? Welche?
15. Psychosomat. Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann? Welche?
16. Körperliche / sexualisierte Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann?.....
17. Depressionen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, (seit) wann? Welche Art?
18. Bluttransfusion	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann?
19. Hüftdysplasie	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann? Welche?
20. Beckenbesonderheiten	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann? Welche?
21. Unfälle	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann? Welche?
22. Stress	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, ggf. Erläuterung:.....
.....		
23. Tierkontakt	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
24. Rauchen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie häufig?.....
25. Alkohol	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie häufig?.....
26. Drogen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann?..... Welche und wie häufig?.....
27. Brillenstärke	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?
28. Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann? Welche?
29. Medikamente	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Welche?
.....		

Formular

Anamnesebogen Geburtshilfe

Gültigkeitsbereich: SJS Gyn, Geb

30. Operationen ja / nein Wenn ja, wann?

Welche?.....
.....
.....

31. Gynäkologische Erkrankungen / Operationen ja / nein Wenn ja, wann?

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.

Familienanamnese

36. Herz-Kreislauferkrankungen ja / nein Wenn ja, wer?

Welche?

37. Bluthochdruck ja / nein Wenn ja, wer?

38. Erbkrankheiten ja / nein Wenn ja, wer?

Welche?

39. Nierenerkrankungen ja / nein Wenn ja, wer?

Welche?

40. Lebererkrankungen ja / nein Wenn ja, wer?

Welche?

41. Fehlbildungen ja / nein Wenn ja, wer?

Welche?

42. Blutungsneigung ja / nein Wenn ja, wer?

43. Thrombose ja / nein Wenn ja, wer?

Welche?

44. Allergien ja / nein Wenn ja, wer?

Welche?

45. Diabetes ja / nein Wenn ja, wer?

Welcher Typ?

46. Schilddrüsenerkrankungen ja / nein Wenn ja, wer?

Welche?

47. Krebserkrankungen ja / nein Wenn ja, wer?

Welche?

48. psychische Erkrankungen ja / nein Wenn ja, wer?

Welche?