

Formular Anamnesebogen Geburtshilfe

Gültigkeitsbereich: SJS Gyn, Geb



Liebe Patientin,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nach bestem Wissen und unterstützen Sie uns so bei einem reibungslosen Handlungsablauf. Markieren Sie alle Fragen, die Sie nicht verstehen oder nicht vollständig beantworten können. Diese können wir im Verlauf gemeinsam besprechen.

1) Persönliche Daten

Name, Vorname: _____ geboren am: _____

Familienstand (z.B.: ledig/verh./...): _____ Nationalität/Sprache: _____

Anschrift: _____ Telefonnummer: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Gynäkologe: _____ Wochenbetthebamme: _____

Kinderarzt: _____

Daten/Angaben zum Partner/Kindsvater:

Name, Vorname: _____

Nationalität/Sprache: _____ Beruf/Tätigkeit: _____

Anschrift (falls abweichend): _____ Telefonnummer: _____

2) Eigene Krankengeschichte/ Anamnese

Größe _____ Gewicht vor der Schwangerschaft _____ Gewicht jetzt _____

Brille: ja/nein, wenn ja: wie viel Dioptrien: _____

Drogenkonsum: ja/nein, wenn ja: welche Art von Drogen und wann war die letzte Einnahme?

Zigaretten: ja/nein, wenn ja: wie viele Zig/Tag? _____

Alkohol: ja/nein, wenn ja, wie viel und wann war die letzte Einnahme? _____

Haben Sie jemals **Bluttransfusionen** erhalten? Wenn ja: wann und weshalb?

Haben Sie Vorerkrankungen: Thrombose/Blutungsneigung, Diabetes (welcher Typ?), Asthma,

Hüftdysplasie/Beckenanomalien, Schwerwiegende Erkrankung in der Vergangenheit (z.B. Organerkrankungen:

Lunge/Leber/Niere/Herz), Schwerwiegende Infektion (HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, Tuberkulose, o.ä.) in der

Vergangenheit?

Wenn ja:

was? _____ (seit) wann? _____ Therapie: _____

was? _____ (seit) wann? _____ Therapie: _____

was? _____ (seit) wann? _____ Therapie: _____

Formular Anamnesebogen Geburtshilfe

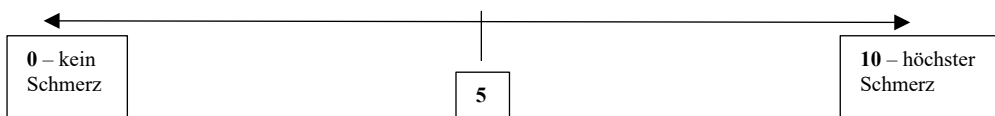
Gültigkeitsbereich: SJS Gyn, Geb

Haben Sie **Allergien**? Wenn ja, gegen was (Medikamente/Lebensmittel/...)?

Blutungsneigung: 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
- ☐ 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 zur Zeit Medikamente zur Blutverdünnung?
- ☐ Ist die Monatsblutung verstärkt oder verlängert (>7 Tage)?

Bitte schätzen Sie die Intensität der **Schmerzen** Ihrer Monatsblutung ein:



Hatten Sie bereits Operationen (insbesondere an der Brust und im Unterleib)?

Wenn ja:

welche? _____ wann? _____ Vollnarkose oder Lokalanästhesie? _____
welche? _____ wann? _____ Vollnarkose oder Lokalanästhesie? _____
welche? _____ wann? _____ Vollnarkose oder Lokalanästhesie? _____

Psychische Vorgeschichte:

Haben Sie Erfahrung mit: **Depressionen** oder **Psychischen Erkrankungen**?

Wenn ja:

Wann? Was? _____ Therapie/Anbindung/Unterstützung? _____

Wann? Was? _____ Therapie/Anbindung/Unterstützung? _____

Haben Sie **körperliche Gewalt** erfahren? ja / nein

Haben Sie **sexualisierte Gewalt** erfahren? ja / nein

Ist eine **vaginale Untersuchung** ohne Probleme möglich? nein / ja

Waren Sie jemals in therapeutischer Behandlung? nein / ja, weil: _____

Formular Anamnesebogen Geburtshilfe

Gültigkeitsbereich: SJS Gyn, Geb

3) Geburtshilfliche Anamnese

	Geburten	Fehlgeburten <12. SSW	Fehlgeburten 12.-22-SSW	Abbrüche	Eileiterschwangerschaften
Anzahl					

Datum	Schwanger- schafts- woche	Ge- wicht	Ge- schlecht	Wie? (Spontangeburt/ Saugglocke/Kaiserschnitt)	Probleme in Schwangerschaft, Wochenbett oder bei Geburt?	Haben Sie gestillt? Wenn ja, wie lang?

Haben Sie Ihre Geburten als traumatisch erlebt? nein / ja, weil: _____

Gab es emotionale/**psychische Belastungen im Wochenbett?** (z.B. Wochenbettdepression/-psychose)

nein / ja: _____

4) Familienanamnese/ Krankengeschichte ihrer engeren Familienmitglieder

(Verwandte 1./2. Grades = Geschwister/ Eltern und Kindsvater)

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?		Wer ist erkrankt?
Bluthochdruck	nein ja	
Diabetes	nein ja	
Autoimmunerkrankung	nein ja	
Angeborene Fehlbildung/genetische Erkrankung	nein ja	
Thrombosen/Blutungsneigung	nein ja	
Psychische Erkrankung	nein ja	
Herzfehler	nein ja	

5) Aktuelle Schwangerschaft (Einige Angaben finden Sie in Ihrem Mutterpass.)

Wurde eine **Sterilitätsbehandlung** durchgeführt (z.B. IVF, ICSI, Samen-/Eizellspende)? nein / ja: _____

1. Tag der letzten **Periode** und Zykluslänge (z.B. Periode alle 28Tage/Blutung 5 Tage): _____

Wurde die **Feindiagnostik** durchgeführt? nein / ja, Auffälligkeiten: _____

NIPT oder andere **genetische Untersuchungen**? (bitte Befunde mitbringen) nein / ja: _____

Wurde bei Ihnen ein **Präeklamsie Screening** durchgeführt? nein / ja, Ergebnis: _____

Wurde ein **First-Trimester-Screening** durchgeführt? nein / ja, Ergebnis: _____

Wurde ein **B-Streptokokken** Abstrich durchgeführt? nein / ja, Ergebnis: positiv / negativ

Formular Anamnesebogen Geburtshilfe

Gültigkeitsbereich: SJS Gyn, Geb



Wurde ein **Zuckertest** durchgeführt? nein / ja, mit 50g Glukose / mit 75g Glukose

Ergebnis: unauffällig / auffällig (Schwangerschaftsdiabetes)

Waren Sie in der Schwangerschaft **stationär im Krankenhaus**? nein / ja, weil: _____

Haben/hatten Sie **Beschwerden** in der Schwangerschaft? nein / ja: _____

Hatten Sie in besonderem Maß **Stress** in der Schwangerschaft? nein / ja, weil: _____

Sind Sie aktuell in **psychotherapeutischer Behandlung**? nein / ja

Gibt es bereits jetzt absehbar einen Bedarf an **psychologischer Betreuung** im Krankenhaus für vor/nach der Geburt?
nein / ja

Welche **Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel/Vitamine** nehmen Sie ein?

Präperatname	Dosierung (mg)	Anzahl morgens – mittags – abends	Seit wann?

6) Wünsche für die Geburt

- **Familienzimmer** (je nach Kapazität!): ja / nein
- Wunsch nach **Wassergeburt** (wenn möglich): ja / nein
- Wunsch nach **PDA**: ja / nein
- Besonderheiten **Essen**: vegetarische Kost / vegane Kost / kein Schwein / laktosefrei / glutenfrei /
Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____
-
-
-