

Geburtshilfe Anamneseblatt

Bitte gut lesbar ausfüllen und auch die zweite Seite beachten – Danke!

Schwangere:

Partner/in o. sonst. Angehöriger (freiw. Angaben)

Name/Geburtsname

Name/Vorname

Vorname

Beruf

Geburtsdatum

Zukünftiger Familienname des Kindes:

Strasse, Haus-Nr.

Maximal zwei Angehörige sind bei der Geburt gestattet.
 Bitte benennen Sie ggf. diese Personen:

1. _____

2. _____

PLZ/Wohnort

Weitere Personen warten aus hygienischen Gründen BITTE VOR
 dem Kreißaal im Wartebereich!

Telefon/Mobil-Nr.

Beruf (freiw. Angaben)

Krankenversicherung:

Ich wünsche/interessiere mich noch für:

familienversichert über:

Chefarztbehandlung: ja nein

Mitgliedsnummer:

Einbett Familienzimmer

(Bitte Vereinbarung von wahlärztlichen Leistungen ausfüllen)

Frauenärztin/-arzt

Betreuende Hebamme für die Nachsorge

Name:

Name:

Telefon:

Telefon:

Entlassmanagement (NUR für gesetzlich versicherte Schwangere)

Informationen hierzu finden Sie in dem Dokument: "Anlage 1a zum Rahmenvertrag Entlassmanagement (Patienteninformation)"

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung (§ 39 Abs. 1a SGB V)

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt.

Ja Nein

2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung (§ 39 Abs. 1a SGB V). Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Krankenkasse die erforderlichen Daten übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement unterstützen kann.

Ja Nein

Ich kann die Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift der Schwangeren

Terminbestimmung: (siehe Mutterpass Seite 6 oder 22)

Zyklus _____ / _____

Letzte Periode _____

Konzeptionstermin (soweit sicher): _____

Berechneter **Entbindungstermin:**

Entbindungstermin

(ggf. nach Verlauf korrigiert):

Gerinnungsanamnese:

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Treten bei Ihnen mehr als 2x pro Woche blaue Flecke oder kleine punktförmige Blutungen auf ohne dass Sie sich gestoßen haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie den Eindruck, dass es bei Ihnen bei Schnitt- oder Schürfwunden länger nachblutet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Traten bei Ihnen längere und verstärkte Blutungen während oder nach dem Ziehen von Zähnen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Traten bei Ihnen bereits einmal längere oder verstärkte Blutungen während oder nach Operationen auf? (z. B. Mandeloperation, Blinddarmoperation, Entbindungen, Fehlgeburten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gab oder gibt es in Ihrer Familie Fälle von Blutungsneigung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie in letzter Zeit Schmerz-, Rheuma- oder fiebersenkende Medikamente eingenommen?
Name des Medikaments: _____
Tag der letzten Einnahme: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Monatsblutungen verlängert (länger als 7 Tage) oder verstärkt sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Falls mehr als **2 Fragen** mit **ja** beantwortet werden, bitte Abnahme von: **Thrombo, Quick, PTT, Fibrinogen** (macht die Klinik)

Eigenanamnese (Erkrankungen vor der Schwangerschaft, z.B.):

Herz: _____ Lunge: _____ Nieren/Harnwege: _____
 Leber: _____ ZNS/Nervenerkrankung: _____ Zuckerkrankheit: _____
 Thromboseneigung: _____ Bluttransfusionen: _____ Skelettanomalien/Knochenbau: _____
 Kinder-/Infektionskrankheiten: _____ **Allergien:** _____
 Operationen: _____ andere: _____
 Nikotin: _____ Zigaretten/Tag Alkohol: _____ Drogen: _____

Gynäkologische Anamnese

Alter bei 1. Regelblutung: _____ Künstliche Befruchtung: _____ Brust: _____
 gynäkologische OP: _____ Sterilitätsbehandl.: _____ Ausschabung: _____
 Vaginalinfekte: _____ Antikonzeption Pille/IUP (Zeitraum) _____

Familienanamnese (Erkrankungen, welche in Ihrer Familie/der Partner-Familie auftreten)

Vorausgegangene Schwangerschaften/Geburten/Risiken

Datum	Geburtsart + Grund für operat.Geburt (spontan/Zange/Saugglocke/Kaiserschnitt/ Fehlgeburten/Abbrüche)	Schwanger- schaftswoche + Geschlecht	Gewicht	Besonderheiten (z.B. Blutungen, CTG- Auffälligkeiten etc.)	Stilldauer

Klinikaufenthalte in dieser Schwangerschaft wegen: _____

Aktuelle Risiken in dieser Schwangerschaft (Infektionen, Blutungen, Diabetes, Mehrlinge, Venenerkrankungen usw.)

Aktuelle Medikamente

Anmerkungen (PDA-Wunsch, Wassergeburt usw.)

Datum, Unterschrift der Schwangeren