

Anamnesebogen

Personalien

Name/ Vorname:.....geb.am:.....

Adresse:.....

.....

Telefon:.....

E-Mail:.....

Staatsangehörigkeit:.....Beruf:.....

Name (Ehe-)Partner:.....

Telefon:.....

Frauenärztin:.....Kinderärztin:.....

Krankenkasse:.....Kassennummer:.....

Versichertennummer:.....

(Angaben ersichtlich auf der Versichertenkarte)

Eigenanamnese

Größe:.....Gewicht vor der Schwangerschaft:.....

- Herz-Kreislaufkrankungen
- Bluthochdruck
- Erbkrankheiten
- Fehlbildungen
- Nierenerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Blutungsneigung
- Thrombosen
- Embolien
- Krampfadern
- Hämorrhoiden
- Diabetes
- Krebserkrankungen
- Hüfterkrankungen
- Geschlechtskrankheiten

Unfälle, Welche?

Schilddrüsenerkrankungen

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Struma

Psychische Erkrankungen

- Depression
- Posttraumatisches Belastungssyndrom
- Panikattacken
- Psychose
- Körperliche/ Sexuelle Gewalterfahrungen
- Allergien
- Asthma
- Drogen
- Alkohol
- Rauchen
- Medikamente

Zigaretten am Tag:

Operationen
Welche?

Wann?

Gynäkologisch- Geburtshilfliche Anamnese:

Bisherige Geburten, Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche

Name des Kindes	Geburtstag	SSW	Spontan Sectio Saugglocke	Gewicht	Wochenbett	Gestillt? Wie lange?	Besonderheiten

- Gynäkologische Erkrankungen:
(z.B. Infektionen, Myome, Zysten, Genitalverstümmelung, Besonderheiten der Brust)

.....

.....

.....

.....

.....

Kindsvater -und Familiennanamnese

- Herz-Kreislaufferkrankungen
- Bluthochdruck
- Fehlbildungen
- Erbkrankheiten
- Krebserkrankungen
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankungen
- Allergien
- Hüfterkrankungen
- Psychische Erkrankungen

Schwangerschaftsanamnese

Entbindungstermin:.....

- Mehrlinge
- Sterilitätsbehandlung
- Stationäre Aufenthalte(vor der Geburt):

Serologie und weitere Befunde (trägt die Hebamme dann in der Sprechstunde ein):

Blutgruppe:.....	1.AK:.....	2. AK:.....
Rötel-Titer:	Immunität anzunehmen:.....	
Chlamydien:.....	LSR:.....	HBsAG:.....
Toxoplasmose:.....	HIV:.....	CMV:.....
B-Streptokokken:.....		
<input type="checkbox"/> 50g Glukosetest:.....		
<input type="checkbox"/> 75g oGTT: nüchtern:.....	1 Std.:.....	2. Std.:.....
<input type="checkbox"/> First-Trimester-Screening:.....		
<input type="checkbox"/> Feindiagnostik:.....		

Geburtsanamnese

Geb.datum:..... Uhrzeit:.....

SSW:.....

Geburtsdauer:..... Geburtsort:.....

- Spontangeburt
- Saugglocke
- Primäre Sectio, warum?.....

- Sekundäre Sectio, warum?.....
- Schmerzmedikation/ Anästhesie:.....
- Sonstige Medikamente:.....

Geburtsverletzungen: O DR: ... O Epi:.... O SR:.... Naht: ja nein

Blutverlust:..... Hb:.....

Besonderheiten:.....

.....

Entlassungstag/ Uhrzeit:.....

Stillen

- voll gestillt
- teilweise gestillt
- abgestillt

Stillprobleme

- Wunde Brustwarzen
- zuviel Milch
- wenig Milch
- Milchstau
- Brustdrüsenentzündung

Kind

Name:.....

Geschlecht:

- männlich
- weiblich

Blutgruppe:.....

Anti D-Prophylaxe: ja nein Datum:.....

Gewicht:..... Länge:..... Kopfumfang:.....

Apgar:...../...../..... NapH:.....

Pulsoxymetrie:.....%

Neugeborenen-Screenings: ja nein

Datum:.....

Hörtest: ja nein

Datum:.....

Hüftsonographie: ja nein

Datum:.....

Vitamin K-Gabe: U1 U2

Vitamin D:.....

Neugeborenenengelbsucht Bilirubinwert:.....

Klinikaufenthalt:.....

Entlassungsdatum:.....Entlassungsgewicht:.....

Sonstiges:.....
.....
.....
.....

Fragen/ Anmerkungen

.....
.....
.....
.....
.....