



Anamnesebogen Kreißsaal

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Familienanamnese

Gibt es in der Familie (direkte Verwandte: Eltern, Großeltern, Geschwister) bekannte Vorerkrankungen, wie z.B. **Bluthochdruck, Diabetes, Herz- oder Krebsleiden, genetisch vererbte Krankheiten/ Gendefekte, Blutungs- oder Gerinnungsstörung?**

Nein

Ja _____

Eigenanamnese

Ernährungsform (Vollkost, vegetarisch, vegan, *kein* Schweinefleisch):

Sind **bei Ihnen selbst** eine oder mehrere **Vorerkrankungen** z.B. **Bluthochdruck, Diabetes, Herz- oder Krebsleiden, genetisch vererbte Krankheiten/ Gendefekte, Blutungs- oder Gerinnungsstörung** oder **andere Erkrankungen** bekannt?

Nein

Ja: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Allergien: Nein

Ja, folgende (und wie hat sich das gezeigt?):

Blutungs-/ oder Thromboseneigung:

Nein

Ja:

bisherige Operationen:

Nein

Ja:

Traten bei der **Op** oder nach der Gabe von **Narkosemitteln Komplikationen** auf?

Nein

Ja, folgende

Anomalien/Veränderungen der **Wirbelsäule** / der **Beckenknochen**:

Nein

Ja:

Gynäkologie

Traten bei Ihnen **Infektionen, Zysten, Myome** oder **Operationen (auch Ausschabung oder Implantate)** an folgenden Organen auf (was, wann)?

Brust: _____

Gebärmutter: _____

Kam es bei Ihnen in der Vergangenheit zu **Fehlgeburten** oder **Schwangerschaftsabbrüchen**?

Nein

Ja

(was, wann, wievielte Schwangerschaftswoche, mit oder ohne anschließende Ausschabung)?

Wann war Ihre **letzte Periode**? _____ . _____ . 20____

Zyklus regelmäßig? Nein

Ja _____ bis _____ Tage

Geburtenanamnese

Bitte tragen Sie hier eventuell vorangegangene Geburten ein!

Geburtsdatum / -ort	Geburtsmodus	Besonderheiten, Geburtsverletzungen	Gewicht, gestillt, gesund?

Schwangerschaftsanamnese

Frauenarzt: _____ Hebamme: _____

Errechneter **Entbindungstermin**: _____ **korrigierter Termin**: _____

Besonderheiten bis 12. SSW (z.B. Übelkeit / Erbrechen) : _____

Besonderheiten ab 12. SSW (z.B. vorzeitige Wehen, Blutungen, Beschwerden): _____

Schwangerschaftsdiabetes: Nein Ja (diätetisch eingestellt?) _____

Wenn ja: insulinpflichtig? Nein Ja

Nehmen Sie während der Schwangerschaft **Medikamente** ein?

Nein Ja (welche?) _____

Haben sie **Alkohol** getrunken? **Rauchen Sie?** **Nehmen Sie Drogen?**

Nein Ja

Wenn ja: Wieviel Zigaretten am Tag? _____

Welche Drogen und wie häufig haben Sie diese konsumiert? _____