



# 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? \_\_\_\_\_