

Bitte tragen Sie folgende Daten ein:

Name, Vorname: _____	
Geburtsdatum: _____	Alter: _____
Adresse: _____	
Telefon: _____	
Nationalität: _____	Familienstand: _____
Beruf: _____	
Krankenversicherung: _____	
Zusatzversicherung: _____ 1 Bett _____ 2 Bett _____ Familienzimmer	
Chefarztbehandlung: _____	
Name des Partner/in: _____	Telefon: _____
weitere Angehörige: _____	Telefon: _____

Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Eigenanamnese):

Allergie/Medikamentenunverträglichkeit: _____
Benötigen Sie: _____ Brille/Kontaktlinsen _____ Hörhilfen _____ Gehhilfen

Liegen bei Ihnen folgende Erkrankungen vor?

Diabetes/Schwangerschaftsdiabetes: _____
Herzerkrankung: _____
Nierenerkrankung: _____
Bluthochdruck: _____
Blutungsneigung: _____
Thrombose: _____
Lebererkrankung/Hepatitis: _____
Epilepsie: _____
Nervenleiden/Depression: _____
Wirbelsäulenerkrankung/Bandscheibenvorfall: _____
Hüftleiden/Hüftdysplasie: _____
Schilddrüsenerkrankung: _____
Blutarmut/Anämie: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein und wenn ja, welche?

Erhielten Sie schon mal eine Bluttransfusion? _____

Wurde bei Ihnen eine Untersuchung auf Blutgerinnungsstörung durchgeführt?

_____ nein
_____ ja/Ergebnis:

Fragen zu Ihrer Schwangerschaft:

Errechneter Entbindungstermin: _____

Gewicht vor Schwangerschaft (SS): _____ kg. Größe: _____

Zustand nach Sterilitätsbehandlung (wie ICSI, IVF, Insemination..): _____

Anzahl der bisherigen SS: _____

Anzahl der bisherigen Geburten: _____

Besonderheiten/Komplikationen: _____

Alkohol in SS: _____

Nikotin in SS: _____ (wenn ja, Zig./Tag)

Drogen in SS: _____

Hatten Sie schon eine Operation?

Kaiserschnitt: _____

Bauch OP`s: _____

Andere Operationen: _____

Probleme bei Narkosen: _____

Konisation/Operation am Gebärmutterhals: _____

Wünschen Sie ein Geburtsplanungsgespräch (ärztliches Gespräch)?

Besonderheiten und Krankheiten in der Familie (Familienanamnese):

Kindsvater:

Eltern/Geschwister der Schwangeren:

Diabetes/Alterszucker: _____

Epilepsie: _____

Hüftleiden: _____

Nervenleiden/Depression: _____

Thrombose/Gerinnungsproblem: _____

Fehlbildungen: _____

Sonstiges: _____