

Anamnese Kreißsaal und Sprechstunden

Errechneter Entbindungstermin: _____

Größe: _____ Gewicht vor SS: _____ Aktuelles Gewicht: _____

 Fehlgeburten: nein ja wann: _____ danach Ausschabung: nein ja

 Schwangerschaftsabbruch: nein ja wann: _____

 Vorangegangene Geburten: nein ja

Geburtsjahr	Geschlecht	Geburtsgewicht und Größe	SSW	Art der Geburt (spontan, Kaiserschnitt,...), Probleme
	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w			
	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w			
	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w			
	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w			

 Gab es Komplikationen oder Schwierigkeiten bei vorangegangenen Schwangerschaften: nein ja
 wenn ja, welche: _____

 Sind Sie schon einmal operiert worden? nein ja
 wenn ja: wann: _____ was: _____
 wann: _____ was: _____
 wann: _____ was: _____

 Sind bei Ihnen Allergien bekannt (insbesondere auch auf Medikamente)? nein ja
 wenn ja, welche: _____

 Rauchen Sie? nein ja wenn ja, wie viele Zigaretten täglich: _____
 Trinken Sie Alkohol? nein ja wenn ja, wie viel: _____
 Nehmen Sie Drogen? nein ja wenn ja, welche: _____

 Hatten Sie eine schwerere Erkrankung oder liegt aktuell eine Erkrankung vor (z.B. Gerinnungsstörung, Diabetes, Schilddrüsenunterfunktion, Bluthochdruck...)? nein ja
 wenn ja, welche: _____

 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja
 wenn ja, welche: _____

 Sind chronische oder vererbare Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt (z.B. Fehlbildungen, Trisomien, Diabetes,...)? nein ja
 wenn ja, welche / bei wem?: _____

 Sind chronische oder vererbare Erkrankungen beim Vater des Kindes oder dessen Familie bekannt? nein ja
 wenn ja, welche / bei wem: _____

Erstellung: B. Neumann	Nächste geplante Überprüfung: 17.10.2023	Bestellnummer:	
Freigabe: Thiel, Falk Prof.Dr. (FR)	Jeder Papierausdruck ist auf Aktualität zu prüfen!	Gedruckt: 21.10.2022	Seite 1 von 1