

C: Fragen zur Familiengeschichte

Gibt es in Ihrer Familie (wenn ja, bei wem)...?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftskomplikationen |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit/ Alterszuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Thrombose, Embolie |

D: Besonderheiten

Was sollten wir sonst von Ihnen wissen? Was ist Ihnen wichtig?
Haben Sie spezielle Wünsche für die Geburt Ihres Kindes?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bogen wurde mit der Patientin besprochen:

Datum _____ Verantwortlicher Arzt _____

Heidekreis-Klinikum Walsrode
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Robert-Koch-Str. 4
29664 Walsrode

ANMELDEBOGEN

Liebe Patientin,

um möglichst gut über Sie informiert zu sein und Sie gut behandeln zu können, bitten wir Sie, zusätzlich zum Aufnahmegespräch folgende Punkte zu beantworten:

Name: _____	Name Kindsvater: _____
Vorname: _____	Vorname Kindsvater: _____
Geburtsdatum: _____	Beruf Kindsvater: _____
Familienstand: _____	Alter Kindsvater: _____
Nationalität: _____	Voraussichtliches
Beruf: _____	Entbindungsdatum: _____

Ich bin folgendermaßen zu erreichen:

Telefon: _____
Handy: _____
Fax: _____
E-Mail: _____

Folgende Personen dürfen Auskünfte über mich und mein Kind erhalten:

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Niemand | <input type="checkbox"/> Kindsvater | <input type="checkbox"/> Partner/ Ehemann |
| <input type="checkbox"/> Kind/ Kinder | <input type="checkbox"/> Verwandte | <input type="checkbox"/> Bekannte |

Folgende/r Arzt/Ärztin soll einen abschließenden Bericht erhalten:

Frauenarzt/-ärztin:

Name: _____
Telefon: _____
Fax: _____
Adresse: _____

Hausarzt/-ärztin

Name: _____
Telefon: _____
Fax: _____
Adresse: _____

A: Fragen zur Schwangerschaft

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes? _____

Wann war Ihre letzte Regelblutung? _____

Ist die jetzige Schwangerschaft bisher ohne Probleme verlaufen?

Ja

Wenn nein, welche Probleme sind aufgetreten?

Wurden spezielle Ultraschalluntersuchungen, eine Fruchtwasseruntersuchung oder eine Chorionzottenbiopsie durchgeführt?

Nein

Wenn ja, welche?

Wurden eine Hormonbehandlung oder andere Kinderwunschtherapien durchgeführt?

Nein

Ja

Hormonbehandlung

Insemination

IVF

ICSI

Wie viele Kinder haben sie bereits geboren?

Kindsname:				
Wann:				
Wo:				
Spontangeburt? Kaiserschnitt? Saugglockengeburt?				
Am Geburtstermin? Frühgeburt?				
Gewicht/ Länge:				
Geburtsdauer:				
Geburtsverletzung?				
Kind gesund?				
Wochenbett auffällig?				
Wurde Gestillt?				

Gab es in einer früheren Schwangerschaft Probleme unter der Geburt oder beim Kind?

Nein

Wenn ja, welche?

Hatten Sie Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder Eileiterschwangerschaften?

Datum	SSW	Ausschabung?	Anti D-Gabe?	Besonderheiten?

B: Fragen zur medizinischen Vorgeschichte

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wie haben Sie allergisch reagiert?

Keine Allergie bekannt

Ja, gegen:

Pflaster

Lebensmittel

Medikamente

Sonstige

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

(Z. B. Eisen, Magnesium, Folsäure, Iod, Antibiotika, Blutdruckmedikamente, etc.)

Bitte Dosierung angeben)

Keine Medikamente

Sind Sie jemals operiert worden?

(Z. B. Blinddarm, Gebärmutter, Eierstöcke, Knochenbrüche, etc.)

Nein

Wenn ja, warum?

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Nein

Wenn ja, welche?

Leiden sie insbesondere unter...?

Bluthochdruck

Nervenkrankheiten

Zuckerkrankheit

Thrombose, Embolie (Blutgerinnsel in Blutgefäßen)

Herzkrankheiten

Blutgerinnungsstörungen

Infektionskrankheiten

Schilddrüsenerkrankungen

	Vor der Schwangerschaft	Nach der Schwangerschaft
Wie viele Zigaretten rauchen Sie?		
Wie viel Alkohol trinken Sie?		
Nehmen Sie Beruhigungsmittel, Drogen?		