

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Formblatt  
Anamnese Hebammensprechstunde

Name	-
Geburtsdatum	-
Telefonnummer	-
Telefonnummer Partner/Begleitperson	-
Krankenversicherung	-
Zusatzversicherung	1 Bett <input type="checkbox"/> 2 Bett <input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/>
Frauenarzt	-
Berechneter Entbindungstermin	-

Frage	Antwort		Welche/Wann?
Haben Sie Allergien?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-
Wurden Sie jemals operiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-
Gab es Komplikationen bei vorausgegangen Operationen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-
Hatten Sie jemals eine Bluttransfusion?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-
Hatten Sie jemals eine Thrombose/Embolie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-
Leiden Sie unter einer chronischen Krankheit (Herz, Kreislauf, Schilddrüse...)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-
Leiden Sie unter einer Hüft,-oder Skeletterkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-
Hatten Sie jemals gynäkologische Operationen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-
Wurde bei Ihnen eine Brustvergrößerung/Verkleinerung durchgeführt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-
Leiden Sie unter einer psychischen Erkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-
Gibt es Gewalterfahrungen in der Vergangenheit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-
Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft (z.B. Krankenhausaufenthalte, Diabetes...)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-
Haben Sie geraucht in der Schwangerschaft, Alkohol getrunken oder Drogen genommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-
Gibt es Erberkrankungen in der eigenen Familie oder in der Familie des Partners?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	-

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Formblatt  
Anamnese Hebammensprechstunde

**Vorausgegangene Schwangerschaften/Geburten**

Datum	Ort	Spontan/Saugglocke/ Kaiserschnitt	Geschlecht	Schwanger- schafts- woche	Gewicht	Besonderheiten/ Verletzungen	Stillen/Dauer
-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-

**Vorausgegangene Fehlgeburten/Abbrüche**

Jahr	Schwangerschaftswoche	Ausschabung:
-	-	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
-	-	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
-	-	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>