



Anamnesebogen für die geburtshilfliche Journalanlage

Liebe Patientin,
um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten bitten wir Sie,
die folgenden Fragen nach bestem Wissen zu beantworten und deutlich zu schreiben.
**Sollten Ihnen medizinische Vorbefunde schriftlich vorliegen, legen Sie diese dem
Anamnesebogen bei.**

Persönliche Daten

Name	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort
Telefon	Konfession/Religion
Beruf	Familienstand
Nationalität	Verständigungssprache

Bezugsperson

Ehepartner/in Lebenspartner/in Mutter/Vater _____

Name	Vorname
Beruf	Telefon

Behandelnde/r Frauenärztin/-arzt

Name/Vorname	Telefon
Straße	PLZ/Ort

Betreuende Hebamme

Name/Vorname



Errechneter Entbindungstermin _____

Krankenversicherung

(Kopieren bzw. fotografieren Sie bitte die Versichertenkarte beidseits, falls sie privat bzw. privat-Zusatz versichert sind und legen sie diese Seiten dem Anamnesebogen bei!)

Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____ Versichertennummer _____

Zusatzversicherung _____

Wahlleistungen 1 Bett 2 Bett
 Chefarztbehandlung

Geburtshilfliche Anamnese

Wie oft sind Sie schwanger gewesen? (Gesamtzahl aller Schwangerschaften) _____

Wie viele Kinder haben Sie geboren? (genaue Angaben unten) _____

Wie viele Fehlgeburten hatten Sie? _____

Wie viele Schwangerschaftsabbrüche hatten Sie? _____

Wie viele Eileiterschwangerschaften hatten Sie? _____

Datum, Klinik, Geburtsort	Schwangerschaftswoche (SSW)	Entbindungsmodus (Spontangeburt, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt)	Geburtsverletzungen Besonderheiten (Blutung, Medikamente ,...)	Kind: Junge/ Mädchen, Gewicht, Besonderheiten	Wochenbett	Stillen: Dauer, Komplikationen



Allgemeine Anamnese

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Welche? (z.B. Medikamente, Pflaster)

Sind bei Ihnen allgemeine Erkrankungen bekannt? Welche? Seit wann?
(z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, Diabetes, Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion)

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Welche? Wann?

Haben Sie gynäkologische Erkrankungen? Welche? Wann?
(z.B. Myome, Endometriose, Zysten, Hormonbehandlungen, Brustkrankung)

Ort/Krankenhaus	Operation	Behandlung

Gab es sonstige Komplikationen? Welche?



Sind Sie gegen Covid-19 geimpft? Wann, welcher Impfstoff? Sind Sie an Covid-19 erkrankt? Wann?

Gibt es in Ihrer Familie schwerwiegende bzw. erbliche Krankheiten? Welche?
(z.B. gestörte Blutgerinnungsstörung, Herz- oder Nierenerkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes)

Wer	Art der Erkrankung

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?

Medikament	Grund	Dosierung	von – bis

Nehmen Sie regelmäßig eine der folgenden Substanzen ein?

Nikotin _____ Zigaretten am Tag

Alkohol _____ Gläser am Tag

Drogen _____ Anwendungen am Tag, welche? _____

Gibt es in dieser Schwangerschaft im bisherigen Verlauf Besonderheiten?
(z.B. Mehrlinge, Blutung, Infektion, Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, Präeklampsie)

Derzeitige Schwangerschaft

Bitte kopieren oder fotografieren Sie die Seiten 2-12 bzw. 2 sowie 17-28 Ihres aktuellen Mutterpasses und legen Sie diese Seiten dem Anamnesebogen bei! Vielen Dank!



Haben Sie Wünsche/Anliegen?
