Liebe Schwangere, liebe werdende Familie,

damit wir bei Ihrem Aufenthalt mehr Zeit für Sie und Ihre Bedürfnisse haben, bitten wir Sie, im Vorfeld unseren angehängten Anamnesebogen auszufüllen. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen mit, wenn Sie zum ersten Mal in dieser Schwangerschaft in unsere Schwangerenambulanz oder zur Geburt kommen.

Natürlich können Sie uns auch gerne telefonisch oder per E-Mail erreichen.

Schwangerenambulanz:
Telefon: 06151-1076145
E-Mail-Adresse: schwangerenambulanz@mail.klinikum-darmstadt.de

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr Team der Geburtshilfe am Klinikum Darmstadt

KlinikumDarmstadt GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus

Anamnesebogen

Kontaktdaten

Patientin Name: _____

Patientin Telefonnummer: _____

Patientin Email: _____

Soziale Anamnese:

Herkunftsland (wo sind Sie geboren?)	O Deutschland O _____(Land)
Beruf der Schwangeren:	
Religion der Schwangeren:	
Familienstand:	O Verheiratet O Geschieden O Ledig O Verwitwet
Familienname des Kindes:	
Kind versichert bei / wo:	

Private (Zusatz-) Versicherung: O Nein O Ja: Name der Versicherung:
Wenn ja, welche? O Chefarztbehandlung
O 1 Bett Zuzahlung
O 2 Bett Zuzahlung
Familienzimmerwunsch: O Ja O Nein

Kontaktperson Name: _____

Kontaktperson Telefonnummer: _____

Betreuende*r Gynäkolog*in: _____

Betreuende Hebamme: _____

Eigene Anamnese

Errechneter Geburtstermin: _____

Körpergröße: _____

Gewicht vor der Schwangerschaft: _____

Wurden Sie in der Schwangerschaft geimpft? Gegen was?: _____

KlinikumDarmstadt GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus

Fragen zu Ihrer Schwangerschaft

Wie ist die Schwangerschaft entstanden?	O Natürlich O Hormonbehandlung O Kinderwunschbehandlung (z.B. IVF, ICSI) ----------
Gab es Besonderheiten in **dieser** Schwangerschaft?	O **Nein** O **Ja:** z.B. Zwillingsschwangerschaft, SS-Diabetes, Bluthochdruck, Blutungen, etc. ---------- ---------- ---------- ----------

Vorrangegangene Schwangerschaften inkl. Fehlgeburt, Abbruch, Eileiterschwangerschaft

Jahr	Art der Geburt	Geschlecht	Gewicht	Besonderheiten

Fragen zu Ihrer allgemeinen Gesundheit

Haben Sie **Allergien**, insbesondere gegen Medikamente, Pollen, Inhaltsstoffe (z.B. Latex) oder Lebensmittel??	O **Nein** O **Ja, gegen:** ---------- ---------- ----------
Nehmen Sie **Medikamente, Vitamine oder Nahrungsergänzungsmittel** ein?	O **Nein** O **Ja, folgende:** ---------- ---------- ----------
Haben Sie **Grunderkrankungen**? z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Asthma, Psychische Erkrankungen etc.	O **Nein** O **Ja, folgende:** ---------- ---------- ----------

Haben Sie **gynäkologische Vorerkrankungen**? z.B. Myome, Zysten, Endometriose, PCO-Syndrom etc.	O **Nein** O **Ja, folgende:** ---------- ---------- ----------
Sind Sie schon einmal **operiert** worden?	O **Nein** O **Ja,** bitte das Jahr und ggf. Besonderheiten (z.B. Komplikationen), und ob Narkose gut vertragen wurde angeben ---------- ---------- ----------
Ist bei Ihnen eine **Blutgerinnungsstörung** bekannt?	O **Nein** O **Ja, folgende:** ---------- ---------- ----------
Rauchen Sie, trinken Sie **Alkohol** oder nehmen Sie **Drogen** in der Schwangerschaft?	Rauchen: O **Nein** O **Ja,** ca. _____ Zigaretten pro Tag Alkohol: O **Nein** O **Ja** _____ Drogen: O **Nein** O **Ja** _____
Sind bei Ihren **nächsten Verwandten (Eltern, Geschwister, eigenen Kinder)** oder dem **Kindsvater** Grund- oder Erbkrankheiten bekannt? z.B. Bluthochdruck, Krebs, Diabetes, Fehlbildungen etc.	O **Nein** O **Ja:** Bitte Erkrankung und Betroffenen angeben ---------- ---------- ---------- ----------

Wünsche bezüglich der Geburt: