

Formular

Anamnese zur Geburtsanmeldung

1/2

Name _____

Alter _____ Größe _____ Gewicht vor SS _____

Ihre wievielte Schwangerschaft ist dies? _____

Hatten Sie schon einmal eine **Fehlgeburt**? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann: _____ Fand eine Ausschabung statt? ☐ ja ☐ nein

Wurden Sie aktuell schwanger durch eine **künstliche Befruchtung**? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Erster Tag der **letzten Regelblutung** oder Tag der Befruchtung: _____

Wurden in dieser Schwangerschaft **Besonderheiten/Risiken** festgestellt? ☐ ja ☐ nein

z.B. Diabetes, Zwillinge, besonderer Plazentasitz,

Schwangerschafts-Bluthochdruck, aktuell Beckenendlage...

Wenn ja, welche? _____

Mussten Sie in dieser Schwangerschaft **stationär** behandelt werden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum? _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie **Allergien**? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie **Vorerkrankungen**? (z.B. Herpes, Schilddrüse, Atemwege,

Stoffwechsel, Gehirn, Herz/Kreislauf, Magen/Darm, Leber, Niere)

Wenn ja, welche? _____

Besteht bei Ihnen eine bekannte **Blutungs-Neigung** oder

Thrombose-Neigung?

Wenn ja, welche? _____

Wurde schon einmal eine **Operation** durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Gab es dabei **Komplikationen**? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie in Ihrer Vergangenheit **psychische Veränderungen** erlebt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welcher Form? _____

EV

Die Joseph
Kliniken Berlin
gehören zum
**Elisabeth
Vinzenz
Verbund.**

Würden Sie Ihre psychische Gesundheit als **stabil** einschätzen? ☐ ja ☐ nein

Fühlen Sie sich für die Zeit nach der Geburt gut **unterstützt und vernetzt**? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Bedarf an einem Termin bei einer **Babylotsin/Psychologin**? ☐ ja ☐ nein

Gibt es in Ihrem **häuslichen Umfeld** besondere Umstände? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Konsumieren Sie in der Schwangerschaft Zigaretten,
Alkohol oder andere **Suchtmittel**? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was und wie oft? _____

Konsumiert **Ihr*e Partner*in** Zigaretten, Alkohol oder andere Suchtmittel? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was und wie oft? _____

Hat der **Kindsvater** relevante Vorerkrankungen und/oder Allergien? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es in der Familie besondere **vererbte Erkrankungen**? ☐ ja ☐ nein

(auch Diabetes im Kindes/Erwachsenenalter)

Wenn ja, welche? _____

Welche Wünsche haben Sie, damit Sie sich bei uns gut betreut fühlen?

Falls Sie einen weiteren Termin in einer unserer **Sprechstunden** vereinbart haben,
wann und wo findet dieser statt? _____

Hinweis: Bitte bringen Sie ärztliche Befunde und Operations-/Geburtsberichte zu den Terminen mit, insbesondere bei Risiken (im Mutterpass angekreuzt) oder bei vorausgegangenen Operationen (v.a. Bauch, Wirbelsäule, Becken).

Im Falle vorheriger Schwangerschaften, füllen Sie bitte folgende Tabelle aus:

Jahr	Besonderheiten Geburt	SSW	Geburtsgewicht	Besonderheiten Wochenbett	Geburtsort Geburt

Vielen Dank.