

Hebammen- Anamnesebogen

Herzlich willkommen in der Anmelde-Sprechstunde!

Damit wir Sie während Ihrer Geburt bestmöglich betreuen können, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse:

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Kontaktperson: _____ Telefon/Handy: _____

Wann ist Ihr voraussichtlicher Entbindungstermin / Zeitraum der Geburt?
_____Haben Sie eine Allergie? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie schon einmal eine Unverträglichkeit auf Narkosemittel? Ja NeinHaben Sie eine chronische Erkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Welche gynäkologischen Erkrankungen/Operationen hatten Sie?

_____Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie Probleme mit der Periode? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wie lang ist Ihr Zyklus? _____ Tage

Haben Sie einen Glucosetoleranztest machen lassen? Ja Nein
 War der Test positiv oder negativ? positiv negativ?
 Wenn positiv, haben Sie Diät gehalten oder spritzen Sie Insulin? _____

Fühlen Sie sich zum Thema Diabetes in der Schwangerschaft ausreichend informiert? Ja Nein
 Bewegen Sie sich regelmäßig bzw. treiben Sie Sport? Ja Nein

Wie sind Ihre Ess- und Trinkgewohnheiten? z.B. Ernährungsform, Auswahl und Menge der Getränke

Haben Sie in der Schwangerschaft Alkohol getrunken? Ja Manchmal Nein
 Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Ja Nein
 Wenn ja, Menge der täglichen Zigaretten _____

Waren Sie berufstätig? Ja Nein
 In Ausbildung/Studium? Ja

Wie körperlich belastet fühlen Sie sich? Gering Mittel Sehr
 Wie psychisch belastet fühlen Sie sich? Gering Mittel Sehr

Hatten Sie in der Schwangerschaft:	Ja	Nein	Wie wurden Sie behandelt?
Übelkeit			
Sodbrennen			
Verstopfung			
Störung beim Wasserlassen			
Schlafprobleme			
Kopfschmerzen/Sehstörungen			
Rücken- oder Symphysenbeschwerden			
Wassereinlagerungen			
Scheideninfektionen			
Blutungen			
Krampfadern/Hämorrhoiden			
Anämie (niedriger Eisenwert)			

Gab es sonstige Probleme in der Schwangerschaft? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Fehlgeburten/Eileiterschwangerschaften/Abbrüche gehabt? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Jahr, welcher Schwangerschaftswoche, hatten Sie eine Ausschabung?

Frühere Geburten:

Jahr	SSW	Wie haben Sie geboren?	Kindsgewicht	Geburtsverletzungen	Besonderheiten

War Ihr Geburtserlebnis positiv? Ja Nein
 Warum nicht? _____

Wie verlief die Nachgeburtsperiode? _____

Gab es Besonderheiten im Wochenbett? _____

Haben Sie gestillt? Ja Nein

Gab es Stillprobleme?

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Brustoperation durchgeführt? Ja Nein

Was wissen Sie über Ihre eigene Geburt?

Wurden Sie gestillt? Ja Nein

Haben Sie einen Geburtsvorbereitungskurs besucht? Ja Nein

Haben Sie eine Hebamme für die Wochenbettbetreuung? Ja Nein

Für unsere ausländischen Patientinnen:

Welche Muttersprache sprechen Sie? _____

Sprechen Sie andere Fremdsprachen? _____

Begleitet Sie jemand zur Geburt, der deutsch spricht und übersetzen kann? Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

 Ihr Team der Geburtshilfe