

Krankheitsvorgeschichte des Vaters

Allergie/Medikamentenunverträglichkeit:

O nein

O ja, welche

	Nein	Ja, welche		Nein	Ja, welche
Diabetes:	☐	☐	Asthma:	☐	☐
Nierenerkrankung:	☐	☐	Geschlechtskrankheiten:	☐	☐
Herzerkrankung:	☐	☐	Nervenleiden / Depression:	☐	☐
Bluthochdruck:	☐	☐	Epilepsie:	☐	☐
Blutungsneigung:	☐	☐	Lebererkr. / Hepatitis:	☐	☐
Suchterkrankung:	☐	☐	Schilddrüsenerkrankung:	☐	☐
Psychische Erkrankung:	☐	☐	Aktuelle oder chronische Infektionen?	☐	☐

Einnahme von:

Nein

Ja, welche

Medikamente:	☐	☐	Drogen/Substanzen:	☐	☐
Nikotin:	☐	☐	Alkohol:	☐	☐

Besonderheiten und Krankheiten in der Familie (Familienanamnese Eltern und Geschwister)

Eigene Familie	Ja, welche	Nein		Nein	Ja, welche	Familie Kindsvater
	☐	☐	Diabetes / Alterszucker	☐	☐	
	☐	☐	Epilepsie	☐	☐	
	☐	☐	Fehlbildungen	☐	☐	
	☐	☐	angeborenes Hüftleiden	☐	☐	
	☐	☐	Thrombose / Blutungsneigung	☐	☐	
	☐	☐	Anderes, z.B. Allergie, Fehlbildungen	☐	☐	

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

Wünsche für die Geburt:

Bitte hier
Patientenetikett
mit Barcode
aufkleben!

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. Tanja Fehm

Willkommen in der Klinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Damit wir Sie optimal beraten und behandeln können, möchten wir Sie bitten, uns vorab den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Patientendaten

Vor-/Name:

Geburtsname:

Straße:

Geburtsdatum:

Ort:

Geburtsort (Land):

Telefon:

Staatsangehörigkeit:

Mobil:

Familienstand:

Beruf:

Religion:

E-Mail:

Krankenversicherung:

Private Zusatzversicherung:

Chefarztbehandlung ☐ Ja ☐ Nein
☐ 2 Bettzimmer ☐ 1 Bettzimmer ☐ Familienzimmer gewünscht

Ehepartner:in / Partner:in / Angehörige

Vor-/Name:

Geburtsdatum:

Telefon:

Beruf:

Frauenarzt

Name:

Nachsorgehebamme

Name:

Erkrankungen, Auffälligkeiten und Besonderheiten aktuelle Schwangerschaft

Gebärmutterhalsverkürzung: ☐ Nein ☐ Ja

operativer Muttermundverschluss: ☐ Nein ☐ Ja

vorzeitige Wehen: ☐ Nein ☐ Ja

Schwangerschaftsdiabetes: ☐ Nein ☐ Ja

Sonstiges:

Krankenhausaufenthalt in der SS: ☐ Nein ☐ Ja, weshalb?

Gibt es einen Grund für einen geplanten Kaiserschnitt? ☐ Nein ☐ Ja, weshalb?

Frühere Schwangerschaften und Geburten

☐ Keine

Anzahl: _____ davon: ____ Fehlgeburten ____ Abbrüche ____ Eileiterschwangerschaften ____ Geburten

Geburtstag Kind				
SSW				
Geburt*				
Gewicht Kind				
Geschlecht, Vorname				
gestillt (ja / nein / zum Teil)				
Besonderheiten				

*1. Spontangeburt 2. Saugglocke 3. Zange 4. Kaiserschnitt 5. vaginale Geburt aus Beckenendlage

Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Eigenanamnese) / Schwangerschaftsanamnese

Allergie/Medikamentenunverträglichkeit: ☐ nein ☐ ja, welche

Nein

Ja, welche

Diabetes: ☐ ☐ _____

Nierenerkrankung: ☐ ☐ _____

Herzerkrankung: ☐ ☐ _____

Bluthochdruck: ☐ ☐ _____

Bluttransfusion: ☐ ☐ _____

Blutungsneigung: ☐ ☐ _____

Thrombose: ☐ ☐ _____

Wurde eine Untersuchung auf Blutgerinnungsstörung durchgeführt? ☐ ☐ _____

Nein

Ja, welche

Asthma: ☐ ☐ _____

Geschlechtskrankheiten: ☐ ☐ _____

Nervenleiden / Depression: ☐ ☐ _____

Epilepsie: ☐ ☐ _____

Blutarmut: ☐ ☐ _____

Lebererkr. / Hepatitis: ☐ ☐ _____

Schilddrüsenerkrankung: ☐ ☐ _____

Aktuelle oder chronische Infektionen? (z.B. Herpes genitalis, HPV, Hepatitis (A, B, C), HIV, Kondyloma)

☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Aktuelle psychische Erkrankungen? (z.B. Depression, Zwänge, Angststörung, Borderline, bipolare Störung)

☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Nehmen Sie:

Nein

Ja, welche

Medikamente: ☐ ☐ _____

Nikotin: ☐ ☐ _____

Nein

Ja, welche

Drogen/Substanzen: ☐ ☐ _____

Alkohol: ☐ ☐ _____

Operationen:

Nein

Ja,welche

Blinddarm: ☐ ☐ _____

Kaiserschnitt: ☐ ☐ _____

Bauchspiegelung: ☐ ☐ _____

Andere Operationen: ☐ ☐ _____

Nein

Ja, welche

Probleme bei Narkosen: ☐ ☐ _____

Curettage (Ausschabung): ☐ ☐ _____

Konisation am Gebärmutterhals: ☐ ☐ _____

Medikamente

☐ Eisen ☐ Magnesium ☐ L-Thyroxin ☐ sonstige: _____

☐ Nahrungsergänzungsmittel ☐ Clexane ☐ Fragmin P Forte

Ernährung/Allergien

☐ Vollkost ☐ vegan ☐ vegetarisch ☐ kein Schweinefleisch ☐ lactosefrei ☐ glutenfrei

Nahrungsmittelunverträglichkeit: ☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Medikamentenunverträglichkeit: ☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

sonstige Allergien: ☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Distress-Thermometer

Bitte kreisen Sie am Thermometer die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben:



Haben Sie Bedarf an einem psychosozialen Beratungsgespräch vor der Geburt, um individuelle Ängste oder Sorgen zu besprechen?

Unterstützungswunsch ☐ Nein ☐ Ja

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a) Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b) Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c) Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d) Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Fühlen Sie sich aktuell psychisch belastet durch private oder berufliche Probleme? (Familie, Arbeitslosigkeit, Finanzen, Wohnsituation, Integration)?

☐ Nein ☐ Ja, weshalb? _____
