

Farbige Felder werden von der Hebamme ausgefüllt

D11370

Erstellt: Holm, Myriam (Frauenheilkunde und Geburtshilfe); Versionsfreigabe: 13.05.2026; Hein, Alexander (Frauenheilkunde und Geburtshilfe) Nächste Überprüfung: 13.05.2027

Version 5

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____

Angehörige Bezugsperson / Begleitperson
Name _____
Telefon _____

Telefon _____

Verständigungssprache _____

Familienstand _____ Nachname Kind _____

Frauenarzt _____

Hebamme _____

Kinderarzt _____

Zusatzversicherung

1-Bett 2-Bett Chefarzt

Elternzimmer gewünscht, wenn verfügbar

Ja Nein

Besonderheiten

Aktuelle Schwangerschaft Grav ____ Para ____ Letzte Periode _____

BG _____ BG Kind _____ Anti-D Datum _____

GBS _____ AKS _____ Toxopl. _____ CMV _____ HIV / LSR _____ / _____

Röteln _____ → Immunität Ja Nein **HBs-AG** _____ Chlamydien _____

OGTT 50g _____ OGTT 75g _____ → **GDM** diät insulinpfl.

bes. serologische Befunde _____

Lungenreife: Nein Ja → Datum _____ Stationärer Aufenthalt _____

Grund _____

<p>Schwangerschaftsverlauf</p> <p>Pivmecillinam <input type="radio"/> Ja Datum: _____</p>	<p>Pränatale Diagnostik</p> <p>NIPT (Harmony®, Praena®, fetalis®, o.ä.):</p> <p>Feindiagnostik-Ultraschall:</p> <p>Amniozentese, Chorionzottenbiopsie:</p> <p>Kinderwunschbehandlung:</p>
--	--

Vorausgegangene Geburten/Schwangerschaften (Fehlgeburten, Abbrüche, Eileiterschwangerschaft, Spontan/Saugglocke/Kaiserschnitt)

Jahr	Modus/Art	SSW	Baby Gewicht	Dammverletzung	Besonderheiten, Komplikationen (Mutter oder Kind)	B-Strep

Eigenanamnese Größe _____
Gewicht vor Schwangerschaft _____ Ende Schwangerschaft _____

Erkrankungen

Gynäkologische Erkrankungen

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Schilddrüse, Diabetes) M.Baseadow M.Hashimoto

Psychische Erkrankungen / Depression

Gewalterfahrung (seelisch/körperlich)

Kreislauf, Blutdruck, Gerinnung, Thrombose, Embolie

Organe

Skelett, Becken, Hüfte

Nerven, neurologisch

Haut

Augen / Ohren

Stillanamnese				
Kind Nr	gestillt	teilweise	Hilfsmittel	Besonderheiten

! Allergien (z.B. Medikamente, Lebensmittel) **!**

Operationen Jahr, Art der OP, Art der Narkose, ggf. OP-Komplikationen oder Narkosekomplikationen

Medikamente (dauerhafte Medikationen und eingenommene Medikamente in der Schwangerschaft, mit Dosierung)

Grund	Name	Dosierung	morgens	mittags	abends

Nikotin (Zig./E-Zig./Tag) _____ **Alkohol** _____ **Drogen** _____

Familien-Anamnese (angeborene Erkrankungen, Fehlbildungen, erbliche Krankheiten in mütterlicher und väterlicher Familie)

Wünsche für die Geburt

Kolostrum Set JA NEIN

Stillberatung nach Checkliste erfolgt JA NEIN

in KH ES extern

Dauer _____ Minuten

Bitte bringen Sie alte Mutterpässe und Vorbefunde sowie Versicherungskarte zu jeder Untersuchung mit

Datum, Unterschrift Hebamme _____ überarbeitet am _____

View Point Anamnese eingegeben am _____ überarbeitet am _____