

Anamnesebogen

Geburtshilfliche Abteilung

Patientin	Ehemann (nicht auszufüllen wenn Sie ledig sind)
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsname:	Geburtsname:
Geburtstag:	Geburtstag:
Adresse:	Datum der Eheschließung:
	Ort der Eheschließung:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
Beruf:	Beruf:
Tätig während dieser Schwangerschaft?	Wieviertes gemeinsames Kind?
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Religion:	Religion:
Gynäkologe:	Thromboseneigung/Gerinnungsstörung?
Nachsorgehebamme:	Allergien? Wenn ja, welche?
Wahlleistung/Zusatzversicherung/Privatversicherung? 1-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> mit Chefarzt <input type="checkbox"/> ohne Chefarzt <input type="checkbox"/>	Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?
Familienzimmer gewünscht? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?
möchten Sie Stillen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Medikamente:	Wurden Sie schon mal operiert? Wenn ja: Wann, Was?

Geburten bitte geben Sie das <u>genaue</u> Geburtsdatum ihres letzten Kindes an							
Geburtsdatum	SSW	Gewicht	Geburtsmodus	Verletzungen	Anästhesie	Einleitung	Stillen