

Anamnesebogen

Es freut uns, dass wir Sie bei Ihrer Geburt begleiten dürfen.

Da wir bei einer Geburt auch immer die körperlichen und seelischen Aspekte sowie das Lebensumfeld der Gebärenden berücksichtigen, bitten wir Sie: Nehmen Sie sich Zeit, die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, lassen Sie diese zunächst offen. Wir werden diese mit Ihnen gemeinsam beantworten.

Die erhobenen Daten dienen Ihrer Gesundheit und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben!

Herzlichen Dank!

Name, Vorname: _____, **geboren am:** _____

Telefon _____ **E-Mail:** _____

voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

Werden Sie bei der Geburt von einer Beleghebamme betreut? nein / ja

wenn ja: Wer betreut Sie? _____

Haben Sie Erkrankungen mit z.B. Herz, Leber, Nieren, Magen, Darm, Schilddrüse, Blut, Haut, Nerven, Bauchspeicheldrüse, Muskeln? nein / ja

wenn ja, welche: _____

Hatten Sie schon mal eine Thrombose? nein / ja

wenn ja, wann: _____

Wurden Sie schon einmal operiert? nein / ja

wenn ja, weshalb und wann: _____

Gab es Probleme mit der Narkose? nein / ja

wenn ja, welche: _____

Hatten Sie einen Unfall mit Verletzungen vom Becken und/ oder Wirbelsäule?

nein / ja

wenn ja, was ist passiert und wann: _____

Haben Sie Allergien bzw. Unverträglichkeiten gegen Medikamente und andere Stoffe?

nein / ja

wenn ja, welche: _____

Waren Sie schon einmal in psychologischer / psychotherapeutischer Behandlung?

nein / ja

wenn ja, wann und weshalb: _____

Rauchen Sie in der Schwangerschaft? nein ja, _____ Zigaretten am Tag

Trinken Sie Alkohol in der Schwangerschaft? nein gelegentlich regelmässig

Nehmen Sie Drogen in der Schwangerschaft? nein ja, welche _____

Fehlgeburten, Eileiterschwangerschaften (für weitere Eintragungen nutzen Sie bitte die Rückseite)

Jahr _____ Schwangerschaftswoche _____ mit Ausschabung? _____ Besonderheiten?, Eileiter rechts/links? _____
 ja nein

Jahr _____ Schwangerschaftswoche _____ mit Ausschabung? _____ Besonderheiten?, Eileiter rechts/links? _____
 ja nein

Schwangerschaftsabbruch (für weitere Eintragungen nutzen Sie bitte die Rückseite)

Jahr _____ Schwangerschaftswoche _____ mit Ausschabung? _____ Besonderheiten? _____
 ja nein

Jahr _____ Schwangerschaftswoche _____ mit Ausschabung? _____ Besonderheiten? _____
 ja nein

letzte Geburten (für weitere Geburten nutzen Sie bitte die Rückseite)

	1.Kind	2.Kind	3.Kind	4.Kind
Datum				
Ort				
Schwangerschaftswoche				
Geschlecht / Gewicht	m / w _____ g			
Besonderheiten während der Schwangerschaft				
Besonderheiten bei der Geburt?, wie verstärkte Blutungen, Geburtsverletzungen, Narkosen, Probleme mit der Nachgeburt	<input type="checkbox"/> Spontangeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Zangengeburt	<input type="checkbox"/> Spontangeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Zangengeburt	<input type="checkbox"/> Spontangeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Zangengeburt	<input type="checkbox"/> Spontangeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Zangengeburt
Wochenbett: vermehrte Blutungen				
Stilldauer, Kind gesund?				
Sonstiges				

Aktuelle Schwangerschaft

Körpergewicht zu Beginn der Schwangerschaft: _____ kg, Körpergrösse: _____ cm

Hatten/haben Sie vorzeitige Wehen, Blutungen, Schwangerschaftsdiabetes, andere Probleme?

Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel genommen?

nein / ja

wenn ja, welche: _____

War während der Schwangerschaft eine stationäre Behandlung notwendig?

nein / ja

wenn ja, wann und weshalb: _____

Wurden spezielle Untersuchungen gemacht?

nein / ja

wenn ja, welche: _____

Sind Sie auf natürlichem Wege schwanger geworden?

nein / ja

wenn nein: Hormontherapie?, künstliche Befruchtung? Weiteres? _____

Sonstiges: _____

Gibt es in Ihrer Familie und in der Familie des Kindsvaters (Eltern, Geschwister, Grosseltern) Erkrankungen mit z.B. Herz, Leber, Nieren, Magen, Darm, Schilddrüse, Bauchspeicheldrüse, Blut, Haut, Nerven, Muskeln?

nein / ja

wenn ja, welche: _____

Haben Sie Wünsche, Gedanken, Fragen zur Geburt? Gibt es etwas worauf wir Rücksicht nehmen sollen?

wenn ja, welche: _____

Hier bitte noch Angaben für das Zivilstandsamt

Kindsvater (Angaben nur bei Verheirateten bzw. bei anerkannter Vaterschaft):

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ verheiratet ledig geschieden

Heimatorte / bzw. Nationalität: _____

Ort und Datum der Eheschliessung: _____ / _____

Welche Unterlagen Sie für die Anmeldung des Kindes benötigen, entnehmen Sie bitte dem beigefügten Informationsschreiben des regionalen Zivilstandsamt.

Datum: _____

Unterschrift: _____