

Diakonie Kliniken Hunsrück gGmbH
Geburtshilfe
 Chefarzt Dr.med. Univ. Tamerlan Aliev
 Holzbacher Str. 1
 55469 Simmern

Patientin, Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsname	Telefonnummer
Adresse		Beruf	
Partner*in, Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf	Telefonnummer

Hebamme	<input type="radio"/> Ledig <input type="radio"/> Verheiratet <input type="radio"/> Geschieden <input type="radio"/> Getrennt lebend <input type="radio"/> Verpartnert <input type="radio"/> verwitwet	<input type="radio"/> Familienzimmer <input type="radio"/> Einzelzimmer
Gynäkologe		<input type="radio"/> Walleistung ja/nein <input type="radio"/> Patientenverfügung ja/nein

Anamnese: **-jährige** **-gravida /** **-para** **Nationalität:**

Zyklus ____ / ____ L.P. ____ Konzeption ____ Embryotransfer ____ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">ET rechnerisch ____</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">ET korr. nach Sono ____</div>	Blutgruppe _____ Schwangerschaft geplant/ungeplant Größe _____ Gewicht vor Grav ____ kg /BMI ____ aktuell ____ kg/ BMI ____	Bluttransfusion ja/nein Risiken Allergien Krustentiere ja/nein
---	---	---

Erkrankung	X	Eigenanamnese	X	Familienanamnese
Gerinnungsstörungen/Thrombose				
Herz-Kreislauf- Erkrankung, Hypertonie, Hypotonie				
Schilddrüsenerkrankung				
Diabetes mellitus/GDM				
Lungen-/ Atemwegserkrankung				
Hepatitis A / B / C				
Operationen/gynäkologische Operationen				
Bösartige Erkrankung				
Psychische Erkrankung				
Gewalterfahrung / Traumata / seelischen Belastungen				

Skelettanomalien			
Epilepsie / Krampfanfälle			
Augenerkrankung			
Geschlechtskrankheiten			
Genetische Erkrankungen			
Blasen-/ Nierenerkrankung			

Vorausgegangene Schwangerschaften

Jahr	Schwangerschaft (stat. Aufenthalt / Empfinden)	Geburt / Abort / EU / IR / OP (Atonie, Schulterdystokie) SSW / Dauer / Geburtsmodus / Verletzungen/Traumata	Kind (Geschlecht, Gewicht, Morbidität, Mortalität)	Wochenbett- verlauf	Klinik

Verlauf der jetzigen Schwangerschaft (Blutungen, vorz. WTK, Gestationsdiabetes, SIH, OP in der Grav.)

Medikamente

Impfungen <input type="checkbox"/> Grippe <input type="checkbox"/> Boostrix <input type="checkbox"/> RS	OGTT <input type="checkbox"/> 50g _____ <input type="checkbox"/> pathologisch <input type="checkbox"/> 75g _____ <input type="checkbox"/> pathologisch	<input type="checkbox"/> Nikotin Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Alkohol	RDS Prophylaxe <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja zuletzt am _____
		Rhesogam am: _____	

Besondere Befunde in der Schwangerschaft

--	--

Pränatale Diagnostik

	Bemerkung, durchgeführt durch
NIPT am: <input type="radio"/> auffällig	
Doppler am: <input type="radio"/> pathologisch	
Feindiagnostik am: <input type="radio"/> auffällig	
Amniocentese am: <input type="radio"/> auffällig	

Stationäre Behandlung in der Gravidität

von - bis	SSW	Ursache, Therapie	Klinik

Serolog. Befunde (lt. Mutterpass)

	Datum	Befund
AKS 1		
AKS 2		
Röteltiter		
HBsAg		
LSR		
Chlamydien		
Toxoplasmose		
HIV		
β – Strep.		
CMV		
Sonstige		

	Ja	Nein
Wassergeburt		
Wünsche		
Geburtsplan		

Flaschenernährung		
Stillen		

	Ja	Nein
Haben Sie schon einmal ein Kind gestillt?		
Gab es Probleme?		
Wenn ja, welche?		
Haben Sie sich über das Stillen informiert?		
Hatten Sie eine Brust OP?		
Hatten Sie eine Brusterkrankung?		
Informationen zu dem Stillinfoabend und Milchcafe ausgehändigt?		

Anamnese erhoben durch: _____

am: _____

