



Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

## Anamnesebogen Geburtshilfe

Frauenarzt: \_\_\_\_\_

Hebamme: \_\_\_\_\_

Stillwunsch:  Ja  Nein

Allergien: O Nein O Ja, \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? O Nein O Ja, \_\_\_\_\_

Periode alle Tage, dauert Tage, Letzte Periode: Errechneter Termin: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft durch Sterilitätsbehandlung: O Nein O ja

**Bisherige Schwangerschaften/Geburten:**  Nein  Ja,

**Fehlgeburten/Abtreibung/Eileiterschwangerschaft**  Nein  Ja,

**Geburten**: (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke)

## Monat/Jahr    Geschlecht    Gewicht    Entbindungsart    Schwangerschaftswoche    Besonderheiten

## Besonderheiten im Schwangerschaftsverlauf:

## Operationen an Muttermund, Brust, Gebärmutter: O Nein O Ja,

Gynäkologische Erkrankungen (häufige Blasenentzündung, Pilzinfektionen, Myom etc): O Nein O Ja,

Chronische Erkrankungen:  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Andere wichtige Informationen, die wir von Ihnen wissen sollten: O Nein O Ja, \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin: \_\_\_\_\_