

## Anamnesebogen Geburtshilfe

**Frauenarzt/Frauenärztin:** \_\_\_\_\_ **Hebamme:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie vor zu stillen?**  Ja  Nein

**Allergien?**  Nein  Ja, welche \_\_\_\_\_

**Periodenzyklus** alle \_\_\_\_Tage, dauert \_\_\_\_Tage

**Letzte Periode:** \_\_\_\_\_ **Errechneter Termin:** \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft durch Sterilitätsbehandlung:**  Nein  Ja

**Fehlgeburten/Abtreibung/Eileiterschwangerschaft**  Nein  Ja, (Angabe MM/JJJJ)

**Geburten:** (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke) Bei weiteren Geburten, nutzen Sie gern das Feld für weitere Anmerkungen auf Seite 3.

Monat/Jahr	m/w	Gewicht	Entbindungsart	Schwangerschaftswoche	Besonderheiten

**Besonderheiten in dieser Schwangerschaft:** \_\_\_\_\_

**Operationen an Muttermund, Brust, Gebärmutter:**  Nein  Ja, welche \_\_\_\_\_

**Gynäkologische Erkrankungen** (häufige Blasenentzündung, Pilzinfektionen, Myom etc):  Nein  Ja, welche \_\_\_\_\_

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

**Datum:**

**Unterschrift der Patientin:**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Alter:
Muttersprache:	Ihr Beruf:	Ihre Größe:	Gewicht vor Schwangerschaft:
Frauenarzt/Frauenärztin:	Hebamme:		

Wir bitten Sie folgende Fragen sorgsam und leserlich auszufüllen!

Fragen zu Ihrer Krankengeschichte:	Nein	Ja	Welche?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörungen/Bluterkrankungen (Häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf-/Gefäßberkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestations-/Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diät: <input type="checkbox"/> Insulin: <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/>
Krampfadern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo:
Wassereinlagerungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo:
Herzrhythmusstörungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma/Bronchitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutdruckprobleme:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck: <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck: <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten: (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Corona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eingeschränkte Beweglichkeit: (z. B. Hüfte, Bandscheibenvorfall, verkrümmte Wirbelsäule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nieren-/Blasenerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depressionen/Psychische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandlung
Andere akute oder chronische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Sind Sie schon einmal operiert worden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandlung
Rauchen Sie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wieviele pro Tag? _____
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie häufig? _____
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche, wann? _____ _____

Fragen zur Krankengeschichte in der Familie:	Nein	Ja	Welche Erkrankung bei wem? (z. B. Geschwister, Onkel, Oma etc.)
Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vererbte Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fehlbildungen/ Beeinträchtigungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ihre Krankenversicherung	Nein:	Ja:	Name der Versicherung:
Sie sind gesetzlich versichert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sie sind privat versichert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett
Sie haben eine private Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett

Weitere Anmerkungen:

---



---



---



---



---

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift:

Datum:

Unterschrift:

---

Vielen Dank

Ihr KreiBsaal-Team am Klinikum Fürth

## Patienteninformation & Einverständnis Prophylaxe Kinderzimmer

Klinikum Fürth – Jakob-Henle-Straße1 – 90766 Fürth

Aufkleber Mutter

**ChA Prof. Dr. Sebastian Häusler**

Tel.: 0911-7580-1336

[www.klinikum-fuerth.de](http://www.klinikum-fuerth.de)

Buslinie 171

Haltestelle Klinikum

## Vitamin K-, Vitamin D- und Fluorid-Prophylaxe

Sehr geehrte Eltern,

gemäß den Empfehlungen der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde, der Jugendmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und der Ernährungskommission wird bei Ihrem Kind zur Blutungsprophylaxe eine orale Vitamin K-Gabe (Tropfen) mit je 2 mg am 1. Lebenstag und bei den Vorsorgeuntersuchungen U2 und U3 durchgeführt.

Die Rachitisprophylaxe mit Vitamin D wird nach Nahrungsaufbau ab dem vierten bis siebten Lebenstag zusammen mit der Kariesprophylaxe in Form einer täglichen Gabe einer Tablette (in Wasser aufgelöst) mit 500 Einheiten Vitamin D, überwiegend in Kombination mit ¼ mg Fluorid für mindestens 1 Jahr vorgenommen, wobei sie im Herbst und Winter nicht beendet werden sollte.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

**Mit der Gabe von:**

- Vitamin K**  
 **Vitamin D** ODER  **Vitamin D und Fluoridprophylaxe**

bin ich /sind wir einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift eines Elternteils:

---

---

## Informationen zum Rooming-in

Patientenaufkleber

Auf der Wochenstation werden Sie und Ihr Kind von Anfang an gemeinsam betreut. Das Rooming-in (Mutter und Baby sind rund um die Uhr zusammen) ermöglicht Ihnen viel Zeit mit Ihrem Kind zu verbringen, Vertrauen zu gewinnen, sicherer in der Babyversorgung zu werden und so die Umstellung auf Zuhause wesentlich zu erleichtern.

**Aus versicherungsrechtlichen Gründen müssen wir Sie darauf hinweisen, dass Sie ggf. gemeinsam mit dem Vater des Kindes die Verantwortung für Ihr Kind selbst übernehmen, solange es sich in Ihrer Obhut befindet. Sie sind dann für Ihr Kind im selben Maße verantwortlich, wie Sie dies z. B. zu Hause wären. Für Gefahren bzw. Verletzungen Ihres Kindes durch Besucher, andere Patientinnen, Besucherkinder, Geschwisterkinder oder auch Sie selbst können wir keine Haftung übernehmen.**

Zur Sicherheit Ihres Kindes geben wir Ihnen folgende **Verhaltensempfehlungen**:

- Lassen Sie Ihr Kind niemals alleine oder unbeaufsichtigt.
- Verlassen Sie die Wochenstation nicht mit Ihrem Kind. Falls Sie Ihr Zimmer oder die Station für kurze Zeit verlassen möchten, geben Sie Ihr Baby für diese Zeit in unsere Obhut.
- Tragen Sie Ihr Kind außerhalb Ihres Zimmers nicht im Arm. Ihr Baby muss zum sicheren Transport immer im Babybett liegen.
- Achten Sie darauf, dass keine unbefugten Personen Ihr Zimmer betreten können. Lassen Sie bitte die Tür Ihres Zimmers nicht offen stehen.
- Melden Sie sich bitte sofort, falls sich der körperliche Zustand Ihres Kindes verändert (Hautfarbe, beschleunigte Atmung).
- Das Neugeborene ist durch Infektionen in besonderem Maß gefährdet. Deshalb sollten Sie darauf achten, dass Personen mit ansteckenden Krankheiten (z. B. Windpocken) nicht in die Nähe Ihres Kindes kommen. Bei einer Herpesinfektion („Lippenbläschen“) ist besondere Sorgfalt angebracht (u. a. Mundschutz) und direkter Kontakt auf jeden Fall zu vermeiden.
- Bitte beachten Sie die Anweisungen und Handlungsempfehlungen von Ärzten und Pflegekräften.

Unser gesamtes Team der Geburtshilfe steht Ihnen bei Fragen oder Problemen jederzeit mit Rat und Tat zur Seite. Wir wünschen Ihnen eine rasche Erholung und einen angenehmen Aufenthalt bei uns.

Eine Kopie dieses Rooming-in Infoblatts habe ich erhalten.

Ort, Datum:

Unterschrift eines Elternteils:

---

---

## Personalien

Aktuelles Etikett (Adresse)

Vom Personal auszufüllen

Entbunden am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_ Uhr

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

### Elternteil 1 (Gebärende Person)

Familienname: \* \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \* \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \* \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Straße/Hsnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

### Elternteil 2

Familienname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Straße/Hsnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Beschäftigt während Schwangerschaft:  Ja  Nein

Krankenkasse/Versicherung: \_\_\_\_\_

\* Pflichtfelder

### Geburtsmeldung des Kindes: (falls bereits bekannt)

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

ehelich  nicht ehelich

als \_\_\_\_\_ Kind dieser Ehe/letzte Geburt dieser Ehe: \_\_\_\_\_

(unbedingt vollständiges Datum)

Nächster Angehöriger:

Name: \_\_\_\_\_ Telefonnr.: \_\_\_\_\_