
Aufnahmebogen Geburtshilfe (FB-Patienten-Fragebogen)

**Perinatalzentrum LMU**
Leitung Innenstadt:
Dr. med. Maria Delius, MPH
Leitung Großhadern:
Prof. Dr. med. Uwe Hasbargen

Liebe Patientin,

um möglichst gut über Sie informiert zu sein und Sie gut behandeln zu können, bitten wir Sie, zusätzlich zum Aufnahmegespräch folgende Punkte zu beantworten:

Ich bin folgendermaßen zu erreichen:

Telefon: _____

Familienstand: _____

Handy: _____

Nationalität: _____

Fax: _____

Beruf: _____

Email: _____

Beruf Kindsvater: _____

Alter Kindsvater: _____

Folgende Personen dürfen Auskünfte erhalten über mich und mein Kind: Niemand Partner/Ehemann Kind/Kinder Verwandte Bekannte

Name: _____

Telefon/Handy: _____

Kontaktadresse: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Folgende(r) Arzt/Ärzte soll(en) einen abschließenden Bericht erhalten:**Frauenarzt/Frauenärztin**

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax: _____

Hausarzt/Hausärztin

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax: _____

Datum_____
Unterschrift Patientin

A. Fragen zur Schwangerschaft

Ist die jetzige Schwangerschaft bisher problemlos verlaufen?

- ja nein

Falls es in der jetzigen Schwangerschaft Probleme gegeben hat, welche?

Wurden spezielle Voruntersuchungen durchgeführt?

- Nackenfaltenmessung (11-14 SSW) Fruchtwasseruntersuchung
 erweiterter Organultraschall (ca. 20 SSW) genetischer Bluttest

Wurde eine Hormonbehandlung oder andere Kinderwunschtherapien durchgeführt

- nein ja, welche Hormonbehandlung Insemination IVF ICSI

Wie viele Kinder haben Sie bereits geboren?

Kindsname				
wann				
wo				
Spontangeburt, Kaiserschnitt, Saugglockengeburt				
am Geburtstermin, Frühgeburt				
Gewicht/ Länge				
Geburtsdauer				
Geburtsverletzung				
Kind gesund?				
Wochenbett auffällig?				
gestillt?				

Gab es in einer vorausgegangenen Schwangerschaft Probleme unter der Geburt oder beim Kind?

Hatten Sie Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche, Eileiterschwangerschaften?

Datum	Schwangerschafts- woche	Ausschabung ja - nein	Anti D-Gabe ja - nein	Besonderheiten

B. Fragen zur medizinischen Vorgeschichte

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wie haben Sie allergisch reagiert?

keine Allergie bekannt

ja, gegen: Pflaster Lebensmittel Medikamente Sonstige

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

(z. B. Eisen, Magnesium, Folsäure, Iod, Antibiotika, Blutdruckmedikamente, etc. Bitte Dosierung angeben)

keine Medikamente

Sind Sie jemals operiert worden? Wenn ja, warum und wann?

(z.B. Blinddarm, Gebärmutter, Eierstöcke, Brüche)

keine Operationen

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

immer gesund

Leiden Sie insbesondere unter

nein	ja		nein	ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenkrankheiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose, Embolie (Blutgerinnsel in Blutgefäßen, Lunge)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen (z.B. häufig blaue Flecken o.ä.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endometriose			

Wie viel Zigaretten/ Tag rauchen Sie?

vor der Schwangerschaft

in der Schwangerschaft

Wie viel Alkohol trinken Sie?

vor der Schwangerschaft

in der Schwangerschaft

Nehmen Sie Beruhigungsmittel, Drogen?

vor der Schwangerschaft

in der Schwangerschaft

C. Fragen zur Familiengeschichte

Gibt es in Ihrer Familie (wenn ja, bei wem?)

- | nein | ja | | nein | ja | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaftskomplikationen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckerkrankheit/ Alterszuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose, Embolie (Blutgerinnsel in Blutgefäßen) |
-
-
-
-
-
-

D. Besonderheiten

Was sollten wir sonst von Ihnen wissen? Was ist Ihnen wichtig?

Haben Sie spezielle Wünsche für die Geburt Ihres Kindes?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum

Unterschrift verantwortlicher Arzt