

# 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie für das Wochenbett eine nachbetreuende Hebamme/Pflegefachfrau organisiert?

nein /  ja

Wenn ja, wie heisst Ihre nachbetreuende Fachperson?

\_\_\_\_\_

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