


| | |
|---|---------------|
|   krankenhaus salem evangelische stadtmission HD | KRS Anamnese |
| | Version 2.2 |
| | Seite 1 von 1 |

Anamneseerhebung

Danke für Ihre Angaben. Ihr Kreißsaalteam.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Herkunftsland: _____

Familienstand: _____ Beruf: _____

Waren sie berufstätig in der Schwangerschaft? ja nein _____

Telefonnummer: _____ Körpergröße: _____

Wie sind sie krankenversichert? gesetzlich mit stationärer Zusatzversicherung privat

Rauchen Sie? ja – wie viele pro Tag? _____ nein _____

Allergien: _____

Benötigten Sie bisher Bluttransfusionen? nein ja, wann _____

Sind in der Familie angeborene Hörstörungen bekannt? _____

Grunderkrankungen: _____

Medikamente: _____

Voroperationen: _____

Vorangegangene Schwangerschaften:

| Geburtsdatum Größe Gewicht | Wo und wie geboren? SSW? Geschlecht? | Besonderheiten? (Blutungen, Wundheilungs- Störungen, Verletzungen) | Haben Sie ihr Ihr Kind gestillt |
|----------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| | | | |
| | | | |

Partner:

Name, Vorname: _____ Beruf: _____

Tel. Nr: _____ Herkunftsland: _____

Diese Angaben benötigen wir für die Landesstatistik.