

# 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.