

Fragen zu Ihrer KRANKENGESCHICHTE:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft und kreuzen Sie zutreffendes an.

Die Aktualität und Vollständigkeit Ihrer Krankengeschichte ist für uns eine wichtige Voraussetzung für eine optimale Betreuung unter der Geburt und wir freuen uns, wenn Sie uns alle geburtshilflich wichtigen Neuigkeiten umgehend per Telefon (09191 – 610 334) oder Mail (krs@klinikum-forchheim.de) mitteilen.

Nachname:		Vorname:		Geburtsname:	
Geburtsdatum:	Alter:	Telefon:		Email:	
Körpergröße:	Gewicht vor SS:	Gewicht aktuell:	in ___ SSW	Brille J N	Hörgerät J N
Bei Sprachbarriere: Deutschkenntnisse		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		bei Nein, welche Sprache:	

Krankheiten in den Familien: (bitte zutreffendes ankreuzen)

Ja Nein Diabetes mellitus Ja Nein Bluthochdruck Ja Nein Krebsleiden Ja Nein Erbkrankheiten

Ja Nein Fehlbildungen Ja Nein Sonstige Erkrankungen: _____

Blutgruppe: _____

Eigene Krankengeschichte: (bei Ja bitte genaue Angabe)

Ja Nein Medikamente, welche: _____

Ja Nein Operationen, welche: _____
z.B. im Magen-/Darm-Trakt oder Bauchbereich?

Ja Nein Blutgerinnungsstörungen/Bluterkrankungen, welche: _____
z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen

Ja Nein Allergien/Überempfindlichkeiten, welche: _____

Ja Nein Herz-Kreislauf-/Gefäßerkrankungen, welche: _____

Ja Nein Atemwegserkrankungen, welche: _____

Ja Nein Schilddrüsenerkrankungen, welche: _____

Ja Nein Gestations-/Diabetes, Behandlung: _____ Ja Nein insulinpflichtig

Ja Nein Krampfadern Ja Nein Wassereinlagerungen Ja Nein Herzrhythmusstörungen

Ja Nein Asthma/chron. Bronchitis Ja Nein Blutdruckprobleme, welche: _____

Ja Nein Infektionskrankheiten, welche: _____
z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Herpes

Ja Nein Eingeschränkte Beweglichkeit, welche: _____
z.B. Hüfte, Knie-OP, Bandscheibenvorfall

Ja Nein Nieren-/Blasenerkrankungen, welche: _____
z.B. Nierenstau, häufige Blasenentzündung

Ja Nein Depressionen / Psychische Erkrankungen, Behandlung: _____

Ja Nein Alkohol Ja Nein Zigaretten, Anzahl pro Tag: _____ Ja Nein Drogen, welche: _____

Ja Nein Andere akute oder chronische Erkrankungen oder schwerwiegende Ereignisse in Ihrem Leben: _____

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------