



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anamnesebogen Geburtshilfe

Frauenarzt: _____ Hebamme: _____

Stillwunsch: Ja Nein

Allergien: Nein Ja, _____

Nehmen Sie Medikamente ein ? Nein Ja, _____

Periode alle _____ Tage, dauert _____ Tage, Letzte Periode: _____ Errechneter Termin: _____

Schwangerschaft durch Sterilitätsbehandlung: Nein ja _____

Bisherige Schwangerschaften/Geburten: Nein Ja, _____

Fehlgeburten/Abtreibung/Eileiterschwangerschaft Nein Ja, _____

Geburten: (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke)

Monat/Jahr	Entbindungsart	Schwangerschaftswoche	Geschlecht	Gewicht	Besonderheiten

Besonderheiten im Schwangerschaftsverlauf:

Operationen an Muttermund, Brust, Gebärmutter: Nein Ja, _____

Gynäkologische Erkrankungen (häufige Blasenentzündung, Pilzinfektionen, Myom etc): Nein Ja, _____

Chronische Erkrankungen: Nein Ja, _____

Andere wichtige Informationen, die wir von Ihnen wissen sollten: Nein Ja, _____

Datum: _____

Unterschrift der Patientin: _____