

# Geburtsprotokoll

Jahr  Nr.

## Anamnese erhoben:

Datum	Unterschrift
Name: _____	geborene: _____
geb. am: _____	Beruf: _____
Adresse: _____	
Ehemann/Partner: _____	Beruf: _____
Gynäkologe/in: _____	Hebamme: _____
Telefon: _____	Krankenkasse: _____
Telefon-Angehörige: _____	Private Zusatzversicherung: _____

G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_  
Alter \_\_\_\_\_ Letzte Regel: \_\_\_\_\_  
ET: - rechnerisch: \_\_\_\_\_  
- Ultraschall: \_\_\_\_\_  
- korrigiert: \_\_\_\_\_  
Blasenprung: \_\_\_\_\_

Anmerkungen/Wünsche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergie: \_\_\_\_\_  
Operation: \_\_\_\_\_  
Krankheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besonderheiten bei vorausgegangenen Geburten: \_\_\_\_\_

Schwangerschaftsverlauf: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vorteil GDM (50 g):  ja  nein  unauff.  auff. | Diagnostik-GDM (75 g):  ja  nein  unauff.  auff.  
GDM:  ja  nein  nicht getestet  diätetisch  insulinpflichtig

Pränatale Gendiagnostik:  nein  invasiv  nicht invasiv | HIV-Test durchgeführt:  ja  nein

1. Untersuchung: \_\_\_\_\_ 1. Ultraschall: \_\_\_\_\_

Nabelschnurblutspende gewünscht:  ja  nein

Blutgruppe der Mutter: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

AK: \_\_\_\_\_ Strep.: \_\_\_\_\_ Röteln IgG: \_\_\_\_\_ Immunität:  ja  nein

LSR: \_\_\_\_\_ Cytomegalie: \_\_\_\_\_ HBsAg: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Chlamydien: \_\_\_\_\_ Herpes: \_\_\_\_\_ Toxoplasmose: \_\_\_\_\_

## Eigenanamnese

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht zu Beginn der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ Bei Entbindung: \_\_\_\_\_

Krampfadem:  nein  ja  Beine  Intimbereich  Hämorrhoiden

Wassereinlagerungen:  nein  ja, \_\_\_\_\_

Nikotin in der Schwangerschaft:  nein  ja, am Tag \_\_\_\_\_ Zigaretten

Alkohol in der Schwangerschaft:  nein  ja

Perioden:  regelmäßig alle 28 Tage  regelmäßig, alle \_\_\_\_\_ Tage  unregelmäßig

Hormonelle Verhütungsmittel vor der Schwangerschaft:  nein  ja, bis \_\_\_\_\_

Fehlgeburten:  nein  ja, \_\_\_\_\_ Abbrüche:  nein  ja, \_\_\_\_\_

Bluttransfusionen:  nein  ja, \_\_\_\_\_

Medikamente in der Schwangerschaft:  nein  ja, welche und wieviel (Dosierung): \_\_\_\_\_

Stillwunsch:  nein  ja

Haben Sie in den letzten 6 Monaten ein Antibiotikum eingenommen:  nein  ja

Waren Sie in den letzten 6 Monaten in stationärer Behandlung im Krankenhaus:  nein  ja

wenn ja, von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ wegen: \_\_\_\_\_

Sind Sie schon einmal positiv auf multiresistente Keime getestet worden?  nein  ja

Haben Sie beruflichen Kontakt zu Schweinen, Rindern oder Hühnern?  nein  ja

## Familienanamnese der Schwangeren und des Kindsvaters

Diabetes (Zuckerkrankheit):  nein  ja, wer: \_\_\_\_\_

Hypertonus (Bluthochdruck):  nein  ja, wer: \_\_\_\_\_

Fehlbildungen/Erbkrankheiten:  nein  ja, wer und welche: \_\_\_\_\_

Psychische Krankheiten:  nein  ja, wer und welche: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Hüftdysplasie (Fehlstellung der Hüfte; als Kind breit gewickelt oder Spreizhose):  nein  ja, wer: \_\_\_\_\_