



PERINATALZENTRUM INNENSTADT
 KLINIK UND POLIKLINIK FÜR FRAUEN-
 HEILKUNDE UND GEBURTSHILFE
 KINDERKLINIK UND KINDERPOLIKLINIK
 IM DR. VON HAUNERSCHEN KINDERSPITAL



Patientenetikett

 Name, Vorname

 Geburtsdatum

 Anschrift

Aufnahmebogen „Geburt“

Liebe Patientin,
 um möglichst gut über Sie informiert zu sein und Sie gut behandeln zu können, bitten wir Sie, zusätzlich zum Aufnahmegespräch folgende Punkte zu beantworten:

Ich bin folgendermaßen zu erreichen:

Telefon: Familienstand:
 Handy: Nationalität:
 Fax: Beruf:
 Email: Beruf Kindsvater:
 Alter Kindsvater:

Folgende Personen dürfen Auskünfte erhalten über mich und mein Kind:

- niemand Partner/Ehemann Kind/Kinder Verwandte Bekannte

Name:
 Telefon:
 Handy:
 Kontaktadresse:
 Verwandtschaftsverhältnis:

Folgende(r) Arzt/Ärzte soll(en) einen abschließenden Bericht erhalten:

Frauenarzt/Frauenärztin

Name:
 Telefon:
 Fax:
 Adresse:

Hausarzt/Hausärztin

Name:
 Telefon:
 Fax:
 Adresse:

Datum

Unterschrift Patientin

A. Fragen zur Schwangerschaft

Ist die jetzige Schwangerschaft bisher problemlos verlaufen?

- ja nein

Falls es in der jetzigen Schwangerschaft Probleme gegeben hat, welche?

Wurden spezielle Voruntersuchungen durchgeführt?

- Nackenfaltenmessung (11-14 SSW) Fruchtwasseruntersuchung
 erweiterter Organultraschall (ca. 20 SSW) genetischer Bluttest

Wurde eine Hormonbehandlung oder andere Kinderwunschtherapien durchgeführt

- nein
 ja, welche Hormonbehandlung Insemination IVF ICSI

Wie viele Kinder haben Sie bereits geboren?

Kindsname				
wann				
wo				
Spontangeburt, Kaiserschnitt, Saugglockengeburt				
am Geburtstermin, Frühgeburt				
Gewicht/ Länge				
Geburtsdauer				
Geburtsverletzung				
Kind gesund?				
Wochenbett auffällig?				
gestillt?				

Gab es in einer vorausgegangenen Schwangerschaft Probleme unter der Geburt oder beim Kind?

Hatten Sie Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche, Eileiterschwangerschaften?

Datum	Schwangerschafts- woche	Ausschabung ja - nein	Anti D-Gabe ja - nein	Besonderheiten

B. Fragen zur medizinischen Vorgeschichte

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wie haben Sie allergisch reagiert?

keine Allergie bekannt

ja, gegen: Pflaster Lebensmittel Medikamente Sonstige

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

(z.B. Eisen, Magnesium, Folsäure, Iod, Antibiotika, Blutdruckmedikamente, etc. Bitte Dosierung angeben)

keine Medikamente

Sind Sie jemals operiert worden? Wenn ja, warum und wann?

(z.B. Blinddarm, Gebärmutter, Eierstöcke, Brüche)

keine Operationen

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

immer gesund

Leiden Sie insbesondere unter

nein ja

Bluthochdruck

Zuckerkrankheit

Herzkrankheiten

Infektionskrankheiten

nein ja

Nervenkrankheiten

Thrombose, Embolie (Blutgerinnsel in Blutgefäßen, Lunge)

Blutgerinnungsstörungen (z.B. häufig blaue Flecken o.ä.)

Schilddrüsenerkrankungen

Wie viel Zigaretten/ Tag rauchen Sie?

vor der Schwangerschaft

in der Schwangerschaft

Wie viel Alkohol trinken Sie?

vor der Schwangerschaft

in der Schwangerschaft

Nehmen Sie Beruhigungsmittel, Drogen?

vor der Schwangerschaft

in der Schwangerschaft

C. Fragen zur Familiengeschichte

Gibt es in Ihrer Familie (wenn ja, bei wem?)

- | nein | ja | | nein | ja | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaftskomplikationen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckerkrankheit/ Alterszuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose, Embolie (Blutgerinnsel in Blutgefäßen) |

D. Besonderheiten

Was sollten wir sonst von Ihnen wissen? Was ist Ihnen wichtig?
Haben Sie spezielle Wünsche für die Geburt Ihres Kindes?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum

verantwortlicher Arzt