



**KLINIKUM**  
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

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



Leitung:  
Prof. Dr. Uwe Hasbargen (Geburtshilfe)  
uwe.hasbargen@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. Andreas Flemmer (Neonatologie)  
andreas.flemmer@med.uni-muenchen.de

[www.klinikum.uni-muenchen.de](http://www.klinikum.uni-muenchen.de)  
[www.mutter-kind-zentrum-grosshadern.de](http://www.mutter-kind-zentrum-grosshadern.de)

Postanschrift:  
Marchioninstr. 15  
D-81377 München

Name/ großes Patientenetikett

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	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bluthochdruck		Nervenkrankheiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuckerkrankheit		Thrombose, Embolie (Blutgerinnsel in Blutgefäßen, Lunge)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzkrankheiten		Blutgerinnungsstörungen (z.B. häufig blaue Flecken o.ä.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infektionskrankheiten		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