

Selbstauskunft Geburtenanmeldung

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Herkunftsland: _____ Nationalität: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung: _____

Selbstzahler: Ja Nein Chefarzt- Behandlung gewünscht: Ja Nein

Familienstand: _____ Beruf: _____

Frauenarzt (Brief an): _____ (Nachsorge-)Hebamme: nein
 ja: Name: _____

Weitere betreuende Fachärzte z.B. Diabetologe/Endokrinologe: _____

Wichtige Kontakt- / Begleitpersonen:

2. Elternteil / Begleitperson bei der Geburt: Wer (Ehemann, Freundin, ...): _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Beruf: _____ Nachname des Kindes: _____

Dolmetscher: _____ Telefonnummer: _____

Terminbestimmung:

Letzte Periode? _____ **Entbindungstermin (ET):** _____ **ET korrigiert:** _____

Mehrlinge? Ja Nein Kinderwunschbehandlung: Ja Nein
Welche: _____

Anamnese:

Körpergröße in cm: _____ Gewicht in kg vor Schwangerschaft: _____

Haben Sie Allgemeinerkrankungen (Herz, Lunge, Leber, Niere, Bluthochdruck)? Ja Nein
Welche? _____

Haben Sie Diabetes? Welchen? _____ Ja Nein

Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? Welche? _____ Ja Nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Welche? _____ Ja Nein

Gab es bei Ihnen oder Familienmitgliedern Hüftdysplasien? Bei Wem? _____ Ja Nein

Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen (Erbkrankheiten, Herz, Lunge, Leber, Niere, Bluthochdruck, Diabetes)?
Welche? _____ Ja Nein

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____ bitte eintragen

Sind Allergien bei Ihnen bekannt? Ja Nein

Welche? _____

Hatten Sie bereits operative Eingriffe/Narkosen (Bauchspiegelungen, Ausschabung, Blinddarm etc.)?

<u>Jahr</u>	<u>Art der Operation</u>	<u>Indikation</u>	<u>Komplikationen</u> (Blutung, Wundheilungsstörung, Narkose, Besonderheiten) Gibt es Befunde dazu?

Benötigten Sie Bluttransfusionen, wann? _____ Ja Nein

Regelmäßiger Zigaretten-, Alkohol-, Drogenkonsum? _____ Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

<u>Präparat</u>	<u>Dosierung</u>	<u>Präparat</u>	<u>Dosierung</u>

Vorangegangene Schwangerschaften:

Geburten Ihrer Kinder:

<u>Tag der Geburt</u>	<u>Art der Entbindung</u> Spontan, Sauglocke, Zange, Kaiserschnitt	<u>SSW</u>	<u>Geschlecht</u>	<u>Gewicht</u>	<u>Besonderheiten</u> (Geburtsverletzungen, Blutungen) (Aufnahme Kinderklinik, Fototherapie, ...) Grund für den Kaiserschnitt? Gibt es Befunde dazu?

Fehlgeburten, Abbrüche, Eileiterschwangerschaften:

<u>Jahr</u>	<u>Art/Verlauf</u>	<u>Kürettage</u>	<u>Besonderheiten</u> (Starke Blutungen, andere Komplikationen) Gibt es Befunde dazu?

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____ bitte eintragen

Besonderheiten und Befunde im Verlauf **dieser Schwangerschaft:**

ggf. Ergänzungen/Erläuterungen

War im pränatalen Ultraschall beim Kind etwas auffällig?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Gab es in Ihrer Schwangerschaft Eingriffe beim Kind?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Wurden genetische Untersuchungen durchgeführt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

Vorzeitige Wehen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Cervixinsuffizienz	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Vaginale Blutung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Plazenta Praevia	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Ödeme	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Eiweißausscheidung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Terminunklarheit	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Quer- oder Beckenendlage	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Psychische Belastung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Auffällige Laborbefunde	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Plazentainsuffizienz	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Auffällige Fruchtwassermenge	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Sonstige Besonderheiten	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

Wünschen Sie eine Beratung zum Thema Schmerztherapie?

Ja Nein

Wünsche bezüglich der Geburt:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Fragebogen Blutgerinnung

Patientenetikett

oder

Name, Vorname
Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten anhand einiger Fragen feststellen, ob bei Ihnen eventuell **Anzeichen** für eine bislang unerkannte **Blutgerinnungsstörung** vorliegen. Dazu bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen gewissenhaft zu beantworten. In vielen Fällen ist *keine* Laboruntersuchung des Blutes vor einer Anästhesie notwendig.

Fragen		Ja	Nein
1.	Ist bei Ihnen jemals eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Gibt oder gab es in Ihrer Familie Fälle von Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Hatten Sie im letzten Jahr eine auffällige Blutgerinnungsuntersuchung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hatten oder haben Sie <ul style="list-style-type: none"> ▪ vermehrt Nasenbluten? ▪ häufig blaue Flecken oder punktförmige Blutungen? ▪ Gelenkblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskeln? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Traten bei Ihnen schon einmal nach Verletzungen (z.B. Schnittwunden, Schürfwunden, beim Rasieren) oder nach Operationen längere oder verstärkte Nachblutungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Haben Sie im Rahmen einer Operation bereits einmal Blut- / Gerinnungsprodukte erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Heilen Ihre Wunden schlecht ab (auch ohne Infektion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Nehmen / nahmen Sie in letzter Zeit Medikamente zur „Blutverdünnung“ ein? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemmung der Blutplättchen (z.B. Aspirin[®], ASS, Plavix[®], Iscover[®], Brilique[®], Efiect[®]) ▪ neue Antikoagulantien (z.B. Pradaxa[®], Xarelto[®], Eliquis[®]) ▪ Cumarinderivate (z.B. Marcumar[®], Falithrom[®]) ▪ andere Gerinnungs- / Rheumamedikamente (Thomapyrin[®], Diclofenac, Voltaren[®], Ibuprofen[®]) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Bekommen Sie Thrombosespritzen? (z.B. Fragmin [®] , Heparin, Mono-Embolex [®])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Frauen: Ist oder war Ihre Regelblutung verstärkt oder verlängert (> 7 Tage)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift Patient

- Quellen:
- Koscielny J. et al. Hämostaseologie 27, 177–184 (2007)
 - Pfanner G. et al. Anaesthesist 56, 604–611 (2007)
 - Schäfer S., Bayer, A., Grujic K. Erhebungsbogen Blutgerinnungsstörung LMU München (2018)