

## 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:**

---

---

---

---

**Haben Sie eine Patientenverfügung?**

Ja  Nein

---

**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"> <li>▪ vermehrt Nasenbluten?</li> <li>▪ häufig blaue Flecken oder punktförmige Blutungen?</li> <li>▪ Gelenkblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskeln?</li> </ul>	<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"> <li>▪ Hemmung der Blutplättchen (z.B. Aspirin<sup>®</sup>, ASS, Plavix<sup>®</sup>, Iscover<sup>®</sup>, Brilique<sup>®</sup>, Efiect<sup>®</sup>)</li> <li>▪ neue Antikoagulantien (z.B. Pradaxa<sup>®</sup>, Xarelto<sup>®</sup>, Eliquis<sup>®</sup>)</li> <li>▪ Cumarinderivate (z.B. Marcumar<sup>®</sup>, Falithrom<sup>®</sup>)</li> <li>▪ andere Gerinnungs- / Rheumamedikamente (Thomapyrin<sup>®</sup>, Diclofenac, Voltaren<sup>®</sup>, Ibuprofen<sup>®</sup>)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Bekommen Sie Thrombosespritzen? (z.B. Fragmin <sup>®</sup> , Heparin, Mono-Embolex <sup>®</sup> )	<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)