



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?

Benötigen 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, Saugglocke, 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/Vorsorgevollmacht/?

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"/>
Hatten oder haben Sie		
4. <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"/>
Nehmen / nahmen Sie in letzter Zeit Medikamente zur „Blutverdünnung“ ein?		
8. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemmung der Blutplättchen (z.B. Aspirin®, ASS, Plavix®, Iscover®, Brilique®, Efixent®) ▪ 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)



Patienteneinwilligung zur erneuten Kontaktaufnahme

1. Möglichkeit einer erneuten Kontaktaufnahme

1.1. Ich willige ein, dass ich vom **Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gGmbH** erneut kontaktiert werden darf, um gegebenenfalls zusätzliche für wissenschaftliche Fragen relevante Informationen (falls zutreffend: oder Biomaterialien) zur Verfügung zu stellen, um über eine neue Forschungsvorhaben/Studien informiert zu werden, und/oder um meine Einwilligung in die Verknüpfung meiner Patientendaten mit medizinischen Informationen aus anderen Datenbanken einzuholen

ja nein

1.2. Ich willige ein, dass ich vom **Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gGmbH** erneut kontaktiert werden darf, um über medizinische Zusatzbefunde informiert zu werden.

ja nein

2. Geltungsdauer meiner Einwilligung

Meine Einwilligung in die Erhebung von Patientendaten (falls zutreffend: und in die Gewinnung von Biomaterialien) bei Aufhalten im **Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gGmbH** gilt für einen **Zeitraum von fünf Jahren** ab meiner Einwilligungserklärung. Sollte ich nach Ablauf von fünf Jahren wieder im **Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gGmbH** vorstellig werden, kann ich erneut meine Einwilligung erteilen. Die Nutzung der von mir erhobenen Daten (falls zutreffend: und gewonnenen Biomaterialien) bleibt über diesen Zeitraum hinaus zulässig,

3. Widerrufrecht

Meine Einwilligung ist **freiwillig!**

Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen beim Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gGmbH vollständig oder in Teilen widerrufen, ohne dass mir irgendwelche Nachteile entstehen

Beim Widerruf werden (falls zutreffend: die für die Forschung verbliebenen Biomaterialien und) die auf Grundlage dieser Einwilligung gespeicherten Daten (falls zutreffend: vernichtet bzw.) gelöscht oder anonymisiert, sofern dies gesetzlich zulässig ist. Daten aus bereits durchgeführten Analysen können nicht mehr entfernt werden.

Ich wurde über die Nutzung meiner Patientendaten (falls zutreffend: Krankenkassendaten und Biomaterialien) sowie die damit verbundenen Risiken informiert und erteile im vorgenannten Rahmen meine Einwilligung. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.

Ich wurde darüber informiert, dass ich ein Exemplar der Patienteninformation und eine Kopie der unterschriebenen Einwilligungserklärung erhalten werde.

Ort, Datum

Vor- und Nachname Patient/in
(Druckbuchstaben)

Unterschrift Patientin

Vor- und Nachname Mitarbeiter/in
(Druckbuchstaben)

Unterschrift Mitarbeiter/in