



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, 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 ☐ Ja ☐	
Gab es in Ihrer Schwangerschaft Eingriffe beim Kind?	Nein ☐ Ja ☐	
Wurden genetische Untersuchungen durchgeführt?	Nein ☐ Ja ☐	
Vorzeitige Wehen	Nein ☐ Ja ☐	
Cervixinsuffizienz	Nein ☐ Ja ☐	
Vaginale Blutung	Nein ☐ Ja ☐	
Plazenta Praevia	Nein ☐ Ja ☐	
Ödeme	Nein ☐ Ja ☐	
Bluthochdruck	Nein ☐ Ja ☐	
Eiweißausscheidung	Nein ☐ Ja ☐	
Terminunklarheit	Nein ☐ Ja ☐	
Quer- oder Beckenendlage	Nein ☐ Ja ☐	
Psychische Belastung	Nein ☐ Ja ☐	
Auffällige Laborbefunde	Nein ☐ Ja ☐	
Plazentainsuffizienz	Nein ☐ Ja ☐	
Auffällige Fruchtwassermenge	Nein ☐ Ja ☐	
Sonstige Besonderheiten	Nein ☐ Ja ☐	

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?	☐	☐
2.	Gibt oder gab es in Ihrer Familie Fälle von Blutgerinnungsstörungen?	☐	☐
3.	Hatten Sie im letzten Jahr eine auffällige Blutgerinnungsuntersuchung?	☐	☐
	Hatten oder haben Sie		
4.	▪ vermehrt Nasenbluten? ▪ häufig blaue Flecken oder punktförmige Blutungen? ▪ Gelenkblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskeln?	☐	☐
5.	Traten bei Ihnen schon einmal nach Verletzungen (z.B. Schnittwunden, Schürfwunden, beim Rasieren) oder nach Operationen längere oder verstärkte Nachblutungen auf?	☐	☐
6.	Haben Sie im Rahmen einer Operation bereits einmal Blut- / Gerinnungsprodukte erhalten?	☐	☐
7.	Heilen Ihre Wunden schlecht ab (auch ohne Infektion)?	☐	☐
	Nehmen / nahmen Sie in letzter Zeit Medikamente zur „Blutverdünnung“ ein?		
8.	▪ Hemmung der Blutplättchen (z.B. Aspirin®, ASS, Plavix®, Iscover®, Brilique®, Efigent®) ▪ neue Antikoagulantien (z.B. Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®) ▪ Cumarinderivate (z.B. Marcumar®, Falithrom®) ▪ andere Gerinnungs- / Rheumamedikamente (Thomapyrin®, Diclofenac, Voltaren®, Ibuprofen®)	☐	☐
9.	Bekommen Sie Thrombosespritzen? (z.B. Fragmin®, Heparin, Mono-Embolex®)	☐	☐
10.	Frauen: Ist oder war Ihre Regelblutung verstärkt oder verlängert (> 7 Tage)?	☐	☐

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 Aufenthalt 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. Widerrufsrecht

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