

**Fragebogen zur Erhebung der Anamnese
(Bitte mit Kugelschreiber ausfüllen)**

Teil 1.: Krankheitsgeschichte und persönlicher Hintergrund

Dieser Fragebogen dient uns dazu, Ihre Krankheitsgeschichte, den bisherigen Schwangerschaftsverlauf und auch Ihre persönliche Einstellung und Erwartung an das Geburtshaus zu erfahren. Für Sie kann er nützlich sein, sich mit der Entscheidung, im Geburtshaus Ihr Kind zur Welt bringen zu wollen, intensiv und ehrlich auseinanderzusetzen. So bildet er für beide Seiten die Grundlage für eine mögliche Anmeldung.

Füllen Sie bitte den Fragebogen sorgfältig aus. Beim nächsten Besuch werden wir ihn gemeinsam durchgehen und alle Fragen besprechen.

Wir versichern Ihnen, daß wir den Fragebogen vertraulich behandeln.

Vorname : _____ Name: _____

Alter: _____

Vorname (Partner) : _____ Name (Partner): _____

Wievielttes Kind: _____ Alter der Kinder: _____

Letzte Periode: _____ Empfängnis: _____

Errechneter Termin: _____

Allergien gegen Medikamente und Lebensmittel:

Waren Sie, abgesehen von früheren Geburten, schon einmal in der Klinik? Bitte geben Sie die Daten, Gründe und die Behandlung an.

Hatten Sie jemals schwere Unfälle, Verletzungen oder Brüche? Wenn ja, welche?

Hatten Sie Erkrankungen an Herz, Niere , Leber, der Schilddrüse? Wenn ja, welche?

Leiden Sie an Bluthochdruck oder einer anderen evtl. chronischen Krankheit? Wenn ja, an welcher?

Hatten Sie jemals schwere Blutungen? Wenn ja, aus welchem Grund?

Sind in Ihrer eigenen Familie oder der Familie des Kindsvaters Erbkrankheiten bekannt (z. B. Bluter, Downsyndrom)?

Sind in Ihrer Familie Krankheiten bekannt, für die eine gewisse Veranlagung bestehen (z.B. Bluthochdruck, Krampfleiden, Zuckerkrankheit...)

Ist Ihr Zyklus regelmäßig gewesen? _____

Wieviele Tage lagen zwischen den Blutungen? _____

Ungefähre Dauer Ihrer Regelblutung? _____

War die Blutung stark, mittelmäßig oder schwach? _____

Hatten Sie während der Periode Beschwerden? _____ Wenn ja, welcher Art?

Haben Sie die Pille oder die Spirale zur Empfängnisverhütung verwendet? Bis zu welchem Zeitpunkt?

Bitte führen Sie alle Infektionskrankheiten, Unregelmäßigkeiten, Operationen und Erkrankungen an Ihren Brüsten, Eierstöcken, Eileitern, der Gebärmutter, dem Muttermund oder der Scheide aufgetreten sind. Geben Sie Zysten, Myome, Endometriose, Fibrome, Chlamydieninfektionen, Unterleibsentzündungen und Besonderheiten (z. B. doppelte Gebärmutter) an und auch, ob eine Konisation vorgenommen wurde. Falls ja, geben Sie Daten und Behandlung an.

Wenn es in Ihrer Familie oder der Familie Ihres Partners Mehrlingsgeburten gibt, dann geben Sie bitte das Verwandtschaftsverhältnis und die Häufigkeit an.

Wieviele Schwangerschaften hatten Sie einschließlich dieser? _____

Wenn Sie eine Fehlgeburt hatten, geben Sie bitte folgendes an: Wann, in welcher Schwangerschaftswoche? Waren Sie beim Arzt oder in der Klinik? Hatten Sie eine Ausschabung? Haben Sie Medikamente bekommen?

Wenn Sie einen Schwangerschaftsabbruch hatten, geben Sie bitte folgendes an : Wann, in welcher Schwangerschaftswoche, angewandte Methode?

Falls Sie Rhesus-negativ sind, haben Sie nach der Schwangerschaftsunterbrechung oder Fehlgeburt eine Anti D-Prophylaxe bekommen?

Ist während der jetzigen Schwangerschaft eine der folgenden Krankheiten bei Ihnen aufgetreten:

Kinderkrankheiten (z.B. Röteln, Masern, Windpocken...)

Infektionskrankheiten (z.B. Herpes, Hepatitis...)

Nieren oder Blasenentzündung?

Wenn ja, geben Sie Zeitpunkt und die Art der Behandlung an.

Wurde bei Ihnen seit Beginn der Schwangerschaft eine Röntgenuntersuchung durchgeführt? Geben Sie Daten und die Art der Untersuchung an.

Haben oder hatten Sie während dieser Schwangerschaft folgende Symptome? Geben Sie Zeitpunkt, Heftigkeit und gegebenenfalls Behandlungsmethode an:

Blutungen, Schmierblutung _____

Verstopfung _____

Benommenheit, Bewußtlosigkeit _____

Wassereinlagerungen _____

Kopfschmerzen _____

Bauchschmerzen _____

Magenbeschwerden _____

Übelkeit, Erbrechen _____

Schlafprobleme _____

Sehstörungen _____

Störungen beim Wasserlassen _____

Scheidenentzündungen _____

Wadenkrämpfe _____

Sodbrennen _____

Krampfadern, Hämorrhoiden _____

andere Probleme _____

Erhielten Sie während dieser Schwangerschaft oder in den letzten 3 Monaten davor eine Behandlung? Sind Ihnen Medikamente gegen körperliche oder seelische Beschwerden verschrieben worden? Geben Sie jedes Medikament an: z.B. Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Entwässerungsmittel, Vitamin- und Mineralstoffpräparate (Eisen, Jod), Tabletten gegen Übelkeit, Appetitzügler, Schmerzmittel, Antibiotika usw.:

Nehmen Sie regelmäßig rezeptpflichtige Medikamente,? Geben Sie sie bitte an:

Wieviel Alkohol trinken Sie?

Rauchen Sie? Wieviel pro Tag?

Wenn Sie früher geraucht haben, geben Sie bitte an, wann und wieviel. Wann haben Sie aufgehört?

Nehmen Sie Drogen oder haben Sie früher Drogen genommen?

Arbeiten Sie in einer Umgebung, oder halten Sie sich häufiger dort auf, wo viele Lösungsmittel, Farben, Pestizide, oder Klebstoffe verwendet werden oder viel Rauch entsteht?

Haben oder versorgen Sie Haustiere?

Sind Sie berufstätig? Wenn ja, beschreiben Sie bitte Ihre Tätigkeit, sowie Ihre tägliche Arbeitszeit.

Studieren Sie oder besuchen Sie eine Schule? Wenn ja, abends oder ganztags?

Haben Sie tagsüber regelmäßig die Möglichkeit, sich auszuruhen?

Treiben Sie Sport? Meditieren Sie oder machen Yoga?

Wie ernähren Sie sich? Haben Sie die Ernährung in der Schwangerschaft verändert?

Wie ist es Ihnen bisher in dieser Schwangerschaft gegangen?

Wie waren die Geburten Ihrer Mutter? Waren es schnelle oder langdauernde Geburten?
Hat sie ihre Kinder stets vor oder nach dem Termin bekommen?

Bitte nennen Sie die Personen, die Sie bei der Geburt dabeihaben möchten:

Sind Sie mit Ihren Plänen, im Geburtshaus Ihr Kind zur Welt zu bringen, auf Widerspruch
gestoßen? Durch wen? Welcher Art?

Warum soll Ihr Kind im Geburtshaus zur Welt kommen?

Mutter: _____

Vater: _____

Worin bestehen Ihrer Meinung nach die Pflichten und die Verantwortung der Hebammen im Geburtshaus?

Mutter: _____

Vater: _____

Bitte geben Sie an, was Sie über Risiken und Komplikationen bei der Geburt wissen und wie Sie dazu eingestellt sind.

Mutter: _____

Vater: _____

Wie sind Sie dazu eingestellt, zur Geburt in eine Klinik zu gehen, oder Ihr Baby in ein Kinderkrankenhaus stationär aufnehmen zu lassen, wenn die Hebammen es für erforderlich halten?

Mutter: _____

Vater: _____

Wie ist Ihre Ansicht über die Anwendung des CTG (Herzton-Wehen-Schreiber)?

Wünschen Sie für Ihr Kind die Prophylaxen Augentropfen oder Vitamin K?

Was wäre Ihnen bei der Geburt wichtig? Gibt es Hilfen, von denen Sie glauben, daß Sie Ihnen bei der Geburt besonders guttun könnten, wie z.B. Musik, Massagen, Tees, Düfte, homöopathische Medikamente, Akupunktur etc.?

Gibt es weitere Bemerkungen, Gedanken, Ergänzungen, die die betreuende Hebamme bei der Geburt wissen sollte?
