

**Aufnahmebogen Geburtshilfe (FB-Patienten-Fragebogen)****Perinatalzentrum LMU**  
Leitung Innenstadt:  
Dr. med. Maria Delius, MPH  
Leitung Großhadern (komm.):  
Dr. med. Teresa Starrach

Liebe Patientin,

um möglichst gut über Sie informiert zu sein und Sie gut behandeln zu können, bitten wir Sie, zusätzlich zum Aufnahmegespräch folgende Punkte zu beantworten:

**1) Patientendaten:**Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Anrede/Titel: \_\_\_\_\_Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_**Kontaktdaten:**Adresse: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_  
Ethnische Herkunft: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_Telefon mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verständigungssprache: \_\_\_\_\_  
Übersetzer erforderlich: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_**Kindsvater:**Familiename: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_Geb.Datum: \_\_\_\_\_  
Telefon mobil: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_**Notfallkontakt (falls nicht Kindsvater):**Familiename: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_Telefon mobil: \_\_\_\_\_  
Beziehung: \_\_\_\_\_**Folgende(r) Arzt/Ärztin soll einen abschließenden Bericht erhalten:****Frauenarzt/Frauenärztin:**Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax: \_\_\_\_\_**Krankenversicherung:** allgemein (gesetzlich)  stationär private Zusatzversicherung  
 privat  sonstige Versicherung \_\_\_\_\_**Wie werden Sie ihr Kind versichern?** privat  allgemein (gesetzlich)

**2) Anamnese:**

**Allgemein: Finden Sie in Ihrem Mutterpass**

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Rhesus:  positiv  negativ

Raucher: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_

Körpergröße Kindsvater: \_\_\_\_\_

**Geborene Kinder:**

Kindsname/ Geschlecht				
wann				
wo				
Spontangeburt, Kaiserschnitt, Sauglockengeburt				
am Geburtstermin, Frühgeburt/ SSW				
Gewicht				
Geburtsdauer				
Geburtsverletzung				
Kind gesund?				
Wochenbett auffällig?				
gestillt?				

**Haben Sie eine der oben genannten Entbindungen als traumatisch erlebt?**

nein  ja \_\_\_\_\_

**Weitere Schwangerschaften:**

Datum	Schwangerschafts-woche	Ausschabung ja - nein	Besonderheiten

**Allergien:**

**Sind bei Ihnen Allergien bekannt?**

nein

ja, gegen:  Pflaster  Lebensmittel  Medikamente  Sonstige

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen/ Voroperationen/ Infektionen:**  keine

Erkrankung:	Jahr der Diagnose:	Details:

**Familienanamnese:**

**Gibt es in Ihrer Familie (wenn ja, bei wem?)**

- |                          |                          |                        |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| nein                     | ja                       |                        | nein                     | ja                       |   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaftskomplikationen                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erbkrankheiten         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckerkrankheit/ Alterszuckerkrankheit            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankungen      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose, Embolie (Blutgerinnsel in Blutgefäßen) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung |                          |                          |   |

**Hatten Sie, ihr Partner (oder ihre Kinder) eine angeborene Hüftdysplasie (Hüftfehlstellung)?**

- nein                       ja (z. B. Spreizhose, breites Wickeln)

**Medikamente:**                       keine

(z. B. Eisen, Magnesium, Folsäure, Iod, Antibiotika, Blutdruckmedikamente, etc. Bitte Dosierung angeben)

Medikation:	von:	Bis:	Details

**3) Aktuelle Schwangerschaft:**

Gewicht vor der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ kg

**Wurde in dieser Schwangerschaft eine Hormonbehandlung oder andere Kinderwunschtherapien durchgeführt**

- nein
- ja:     Hormonbehandlung     Insemination     IVF     ICSI     Eizellspende

**Risiken/ Probleme in der Schwangerschaft:**                       keine

**Vorsorge und Maßnahmen:**

**Wurde bei Ihnen ein vaginaler Abstrich auf B-Streptokokken durchgeführt?**

Durchgeführt:    ja     nein     geplant

Datum: \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

**Wurden in dieser Schwangerschaft folgende Impfungen durchgeführt?**

Pertussis                      ja     nein

Influenza                      ja     nein

COVID                      ja     nein

