

## **Anamnese für die Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal**

Wenn Sie sich für eine Geburt in unserem Hebammenkreißsaal interessieren, füllen Sie bitte das nachfolgende Formular vollständig aus und senden Sie es an [hks.missioklinik@kwm-klinikum.de](mailto:hks.missioklinik@kwm-klinikum.de). Wir nehmen daraufhin Kontakt zu Ihnen auf und besprechen mit Ihnen das weitere Vorgehen.

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Name Begleitperson: \_\_\_\_\_

Gynäkolog:in: \_\_\_\_\_

Kinderärzt:in (falls schon vorhanden): \_\_\_\_\_

Betreuende Hebamme im Wochenbett: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung für den stationären Aufenthalt: \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie uns gemeinsam mit diesem Anamnesebogen eine Kopie /  
Fotografie Ihres Mutterpasses (alle beschriebenen Seiten) zu.**

Wurden in dieser Schwangerschaft Komplikationen festgestellt?  
(z.B. Blutungen, Bluthochdruck, Schwangerschaftsdiabetes)

Hatten Sie vorausgehende Operationen? Wurde dabei jeweils die Narkose gut vertragen?

Liegen bei Ihnen chronische Erkrankungen vor? (z.B. Diabestes, Schilddrüsenerkrankungen,  
Skoliose, Gerinnungsstörung, Epilepsie, psychische Vorerkrankungen)

---

Gibt es schwerwiegende Erkrankungen in Ihrer Biographie?  
(z.B. Thrombose, Hüftdysplasie, Gelbsucht als Neugeborenes)

Haben Sie Allergien?  
(Vor allem bezogen auf Nahrungsmittel und Medikamente)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Auch Nahrungsergänzungsmittel?

Konsumieren Sie Alkohol/Zigaretten/Drogen/Drogensersatzprodukte?

Gibt es beim Kindsvater Erkrankungen?  
(körperlich, psychisch, Sucht)

Gibt es in Ihrer und der Familie des Kindsvaters (Geschwister/Eltern) schwerwiegende psychische/körperliche Erkrankungen?

Überlegen Sie, nach der Geburt ambulant nach Hause zu gehen?

---