



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Alter: _____ E-Mail: _____ Muttersprache: _____

Körpergröße: _____ Gewicht vor Schwangerschaft: _____ aktuelles Gewicht _____

Ja Nein

Brille

Ja Nein

Hörgerät

Ja Nein

Lockere Zähne

Sonstiges: _____

Fragen zu Ihrer Krankengeschichte:

Bitte beantworten Sie die Fragen gewissenhaft und kreuzen Sie Zutreffendes an:

Krankheiten in Ihrer Familie: Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ja Nein

Zuckerkrankheit

Ja Nein

Bluthochdruck

Ja Nein

Erbkrankheiten

Ja Nein

Fehlbildungen

Ja Nein

Sonstige Erkrankungen _____

Eigene Krankengeschichte: (bei JA bitte genaue Angaben)

Ja Nein

Medikamente, welche _____

Ja Nein

Operationen, welche: _____

(z.B. Magen-/Darmtrakt oder Bauchbereich)

Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen/Bluterkrankungen, welche:

(häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen)

Ja Nein

Allergien/Überempfindlichkeiten: _____

Ja Nein

Herz-Kreislauf-/Gefäßerkrankungen: _____

Ja Nein

Atemwegserkrankungen, welche _____

Ja Nein

Gestations-/Diabetes, Behandlung: _____

Bitte Seite 2 beachten

Ja Nein

Krampfadern _____

 Ja Nein

Wassereinlagerungen _____

 Ja Nein

Herzrhythmusstörungen _____

 Ja Nein

Asthma/Bronchitis _____

 Ja Nein

Blutdruckprobleme, welche _____

 Ja Nein

 Infektionskrankheiten, welche _____
 (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)

 Ja Nein

 Eingeschränkte Beweglichkeit, welche _____
 (z.B. Hüfte, Bandscheibenvorfall, verkrümmte Wirbelsäule)

 Ja Nein

 Scheideninfekte, welche _____
 (Herpes, Pilzinfektionen, Streptokokken)

 Ja Nein

 Nieren-/Blasenerkrankungen, welche _____
 (Nierenstau, häufige Blasenentzündung)

 Ja Nein

Depressionen/Psychische Erkrankungen, Behandlung: _____

 Ja Nein

 Alkohol Ja Nein Zigaretten pro Tag: _____

 Ja Nein

Drogen, welche _____

 Ja Nein

Andere akute oder chronische Erkrankungen _____

Schwangerschaft

 Ja Nein

 Besonderheiten _____
 (besondere Laborbefunde, Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der Schwangerschaft)

Krankenversicherung: falls Sie privat oder privat zusatzversichert sind:

Chefarzt 1- Bett 2-Bett

Zusatzversicherung: _____

Private Versicherung: _____

Datum: _____

Unterschrift der Patientin: _____