

**Fragebogen zur Aufnahme in die Klinik**  
(bitte ausgefüllt im Falle einer Verlegung mitbringen!)

**Persönliche Daten**

Name: .....

Anschrift: .....

Tel. Nr: .....

Geb.datum: .....

Familienstand: .....

Partner/in: .....

Krankenkasse: .....

Krankenkassen-Nr.: .....

Versichertennummer: .....

Beruf: .....

Frauenarzt/ärztin: .....

Hebamme: .....

**Allgemeine Anamnese**

Herz-Kreislaufferkrankungen: .....

Magen-Darm-Erkrankungen: .....

Nieren- und Harnwegserkrankungen: .....

Infektionskrankheiten: .....

Psychische Erkrankungen: .....

Schilddrüsenerkrankung: .....

Blutgerinnungsstörungen: .....

Bluttransfusionen erhalten: .....

Operationen: .....

Allergien: .....

Rauchen/Alkohol/Drogen: .....

regelmäßige Medikamenteneinnahme  
(wenn ja welche): .....

Erkrankungen in der Familie  
(Eltern, Geschwister, Großeltern): .....

**Geburtshilfliche Anamnese**

Vorherige Schwangerschaften/Geburten (Anzahl, Jahr, Art d. Geburt):

.....  
.....

Besonderheiten in dieser Schwangerschaft:

.....  
.....  
.....

stationäre Aufnahme während der Schwangerschaft: .....

Eingriffe an Gebärmutter/Gebärmutterhals: .....

Eingriffe in der Schwangerschaft: .....

Feindiagnostik (Ultraschall, Bluttest, Fruchtwasserentnahme):

.....

vermutete Fehlbildungen:

.....

sonstige Anmerkungen:

.....  
.....  
.....  
.....