

## Anamnese Checkup nach der Schwangerschaft

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

Geburtsdatum Patientin: \_\_\_\_\_

Tag der (letzten) Geburt: \_\_\_\_\_

Errechneter Geburtstermin: \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

Geburtsjahre weiterer Kinder: \_\_\_\_\_

### **Verlauf der Schwangerschaft:**

Hatten Sie während der Schwangerschaft:

- eine ernste Erkrankung?  Ja  Nein
- wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
  
- Behandlung mit Antibiotika?  Ja  Nein
- einen Unfall?  Ja  Nein
- besonderen psychischen Stress?  Ja  Nein
- Übelkeit und Erbrechen?  Ja  Nein
- Vorzeitige Wehen?  Ja  Nein
- wenn ja, mussten Sie liegen?  Ja  Nein
- Bekamen sie wehenhemmende Medikamente?  Ja  Nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Verlauf der Geburt** (Bitte ankreuzen)

Dauer:  4 - 6 Std  6-12 Std  12 - 18 Std  länger  kürzer

Kaiserschnitt geplant  Kaiserschnitt sekundär

Notkaiserschnitt

Medikamente während der Geburt: \_\_\_\_\_

Einleitung? Wenn ja, welches Medikament? \_\_\_\_\_

PDA ?  Ja  Nein

Wehenfördernde Mittel?  Ja  Nein

Sonstige Medikamente: \_\_\_\_\_

Geburtspräsentation:

Hinterhaupt     Scheitel     Querlage

BEL         Sternengucker

Nabelschnurumwicklung

Manuelle Hilfe durch Arzt oder Hebamme:

Zange     Sauglocke         Kristeller-Handgriff     Dammschnitt

Geburtsverletzungen:

Dammriss Grad 1-4 (bitte angeben)\_\_\_\_\_

Scheidenriss/Labienriss

Steißbeinverletzung

Sonstiges?\_\_\_\_\_

Geburtsverletzungen bei vorherigen Geburten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Termin Musste ihr Kind im Krankenhaus weiter betreut werden?

Ja  Nein

Wenn ja wie lange?\_\_\_\_\_

Warum?\_\_\_\_\_

Wurde/wird ihr Kind gestillt?

Ja  Nein

Konnten/Können Sie es ohne Problem/Schmerzen an beide Brüste anlegen?

Ja  Nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Aktuelle Probleme:</b>	Ja	Nein
Schmerzen im Becken/Bauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme mit der Atmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen im Rücken/Nacken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme Urin zu halten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme Stuhl zu halten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufig das Gefühl zur Toilette zu müssen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Druck/Fremdkörpergefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme Urin oder Stuhl abzugeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstiges:

---

---

---

Beschreibung der aktuellen Situation mit eigenen Worten:

---

---

---

---

---

Erwartungen an das Checkup (Was ist besonders wichtig?):

---

---

---

---

---