

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                           |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|    | <b>KLINIKUM CRACAU</b><br>BEI PFEIFFERS DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG | <b>LUNGENKLINIK LOSTAU</b><br>DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG |
| <b>Universitätsmedizin Magdeburg</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                           |                                                                 |
| Revision: 001/05.2026                                                                                                                                                                                                                                 | Anamnese_Kreißsaal                                                        | Status: freigegeben                                             |

### Anamnese bei Erstvorstellung im Kreißsaal

Liebe Schwangere,

bitte füllen Sie alle weiß hinterlegten Felder aus. Die Felder in hellblau werden von der Hebamme beim Gespräch ausgefüllt.

Vielen Dank

Ihre Hebammen

Namensklebchen

### Übersicht

Grav./ Para

ET:

Schwangerschaftsdiagnose:

Weitere Diagnosen:

Spezielle Wünsche:

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                           |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|    | <b>KLINIKUM CRACAU</b><br>BEI PFEIFFERS DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG | <b>LUNGENKLINIK LOSTAU</b><br>DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG |
| <b>Universitätsmedizin Magdeburg</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                           |                                                                 |
| Revision: 001/05.2026                                                                                                                                                                                                                                 | Anamnese_Kreißaal                                                         | Status: freigegeben                                             |

| Persönliche Angaben                                                                                                                           |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Name:</b>                                                                                                                                  | <b>Vorname(n):</b>                 |
| <b>Geburtsname:</b>                                                                                                                           | <b>Geburtsdatum:</b>               |
| <b>Geburtsort /-land:</b>                                                                                                                     | <b>Staatsangehörigkeit:</b>        |
| <b>Muttersprache:</b>                                                                                                                         | <b>Glaubenszugehörigkeit:</b>      |
| <b>Familienstand:</b> ledig            verheiratet            in Partnerschaft lebend            verwitwet<br>geschieden            sonstige: |                                    |
| <b>Straße, Hausnummer:</b>                                                                                                                    |                                    |
| <b>PLZ, Wohnort:</b>                                                                                                                          |                                    |
| <b>Telefonnummer:</b>                                                                                                                         | <b>Mobil:</b>                      |
| <b>E-Mail-Adresse:</b>                                                                                                                        |                                    |
| <b>Beruf:</b>                                                                                                                                 | <b>Arbeitgeber:</b>                |
| <b>Berufstätig während der Schwangerschaft?</b> ja                            nein                                                            |                                    |
| <b>Besteht ein Beschäftigungsverbot?</b> nein                            ja, seit:                                                            |                                    |
| <b>Frauenärztin / Frauenarzt:</b>                                                                                                             |                                    |
| <b>Kinderärztin / Kinderarzt:</b>                                                                                                             |                                    |
| <b>Betreuende Hebamme:</b>                                                                                                                    |                                    |
| Krankenkassendaten                                                                                                                            |                                    |
| <b>Name der Krankenkasse:</b>                                                                                                                 | <b>Versichertennummer:</b>         |
| <b>Privatversicherung</b>                                                                                                                     | ja                            nein |
| <b>Private Zusatzversicherung</b>                                                                                                             | ja                            nein |
| <b>Name der privaten Zusatzversicherung:</b>                                                                                                  |                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                           |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|    | <b>KLINIKUM CRACAU</b><br>BEI PFEIFFERS DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG | <b>LUNGENKLINIK LOSTAU</b><br>DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG |
| <b>Universitätsmedizin Magdeburg</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                           |                                                                 |
| Revision: 001/05.2026                                                                                                                                                                                                                                 | Anamnese_Kreißaal                                                         | Status: freigegeben                                             |
| <b>Ehe- oder Lebenspartner*in bzw. im Notfall zu verständigen (bitte für Geburtsanzeige ausfüllen)</b>                                                                                                                                                |                                                                           |                                                                 |
| Name:                                                                                                                                                                                                                                                 | Vorname(n):                                                               |                                                                 |
| Geburtsname:                                                                                                                                                                                                                                          | Geburtsdatum:                                                             |                                                                 |
| Geburtsort/ -land:                                                                                                                                                                                                                                    | Staatsangehörigkeit:                                                      |                                                                 |
| Muttersprache:                                                                                                                                                                                                                                        | Glaubenszugehörigkeit:                                                    |                                                                 |
| Straße, Hausnummer:                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |                                                                 |
| PLZ, Wohnort:                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                           |                                                                 |
| E-Mail-Adresse:                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                           |                                                                 |
| Telefonnummer:                                                                                                                                                                                                                                        | Mobil:                                                                    |                                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                           |                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|    | <b>KLINIKUM CRACAU</b><br>BEI PFEIFFERS DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG | <b>LUNGENKLINIK LOSTAU</b><br>DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG |
| <b>Universitätsmedizin Magdeburg</b>                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |                                                                 |
| Revision: 001/05.2026                                                                                                                                                                                                                                | Anamnese_Kreißaal                                                         | Status: freigegeben                                             |

**Fragen zur bestehenden Schwangerschaft und Geburt (farbige Felder werden vom medizinischen Personal ausgefüllt)**

|                                        |                 |                                            |                                        |
|----------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Errechneter Entbindungstermin:</b>  |                 | <b>Entbindungstermin laut Ultraschall:</b> |                                        |
| <b>BG:</b>                             | <b>BG Kind:</b> | <b>Letzte Periode:</b>                     |                                        |
| <b>Anti-D-Datum:</b>                   |                 | <b>Toxopl.:</b>                            | <b>HIV / LSR:</b>                      |
| <b>AKS:</b>                            | <b>GBS:</b>     | <b>Chlamydien:</b>                         | <b>CMV:</b>                            |
| <b>HBs-AG:</b>                         | <b>Röteln:</b>  | <b>oGTT 50g:</b>                           | <b>oGTT 75g:</b>                       |
| <b>Parvo-B19:</b>                      |                 | <b>GDM:</b>                                | diät.                      insulinpfl. |
| <b>Besondere serologische Befunde:</b> |                 |                                            |                                        |
| <b>Lungenreife:</b> nein        ja     |                 | <b>Stat. Aufenthalt:</b>                   |                                        |
| <b>Daten der LRI: 1.</b>               |                 | <b>Grund:</b>                              |                                        |
| <b>2.</b>                              |                 |                                            |                                        |
| <b>Weitere Besonderheiten:</b>         |                 |                                            |                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                           |                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|    | <b>KLINIKUM CRACAU</b><br>BEI PFEIFFERS DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG | <b>LUNGENKLINIK LOSTAU</b><br>DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG |
| <b>Universitätsmedizin Magdeburg</b>                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |                                                                 |
| Revision: 001/05.2026                                                                                                                                                                                                                                | Anamnese_Kreißaal                                                         | Status: freigegeben                                             |

| Weitere Schwangerschaften                                                         | 1. | 2. | 3. | 4. |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|
| Jahr                                                                              |    |    |    |    |
| Klinik                                                                            |    |    |    |    |
| Schwangerschaftswoche                                                             |    |    |    |    |
| Fehlgeburt/ Abbruch der Schwangerschaft                                           |    |    |    |    |
| Ausschabung/ Narkose                                                              |    |    |    |    |
| Besonderheiten                                                                    |    |    |    |    |
| Sind in dieser Schwangerschaft Komplikationen oder Risiken aufgetreten?           |    |    |    |    |
|                                                                                   |    |    |    |    |
| Wurde in dieser Schwangerschaft Pränataldiagnostik durchgeführt? Wenn ja, welche? |    |    |    |    |
|                                                                                   |    |    |    |    |
| Auffälligkeiten:                                                                  |    |    |    |    |
|                                                                                   |    |    |    |    |

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                           |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>UNIVERSITÄTSKLINIKUM<br/>MAGDEBURG A.Ö.R.</b>   | <b>KLINIKUM CRACAU</b><br>BEI PFEIFFERS DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG | <b>LUNGENKLINIK LOSTAU</b><br>DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG |
| <b>Universitätsmedizin Magdeburg</b>                                                                                                                                                                                 |                                                                           |                                                                 |
| Revision: 001/05.2026                                                                                                                                                                                                | Anamnese_Kreißaal                                                         | Status: freigegeben                                             |

### Vorangegangene Geburten

| Datum d. Geburt | Geschlecht | Schwanger-<br>schafts-<br>woche | Gewicht | Art d. Geburt<br>(z.B.<br>Kaiserschnitt,<br>normale<br>Geburt,<br>Saugglocke) | Damm-<br>verletzung | Kompli-<br>kationen | Gestillt?<br>Dauer? | Klinik |
|-----------------|------------|---------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------|
|                 |            |                                 |         |                                                                               |                     |                     |                     |        |
|                 |            |                                 |         |                                                                               |                     |                     |                     |        |
|                 |            |                                 |         |                                                                               |                     |                     |                     |        |
|                 |            |                                 |         |                                                                               |                     |                     |                     |        |
|                 |            |                                 |         |                                                                               |                     |                     |                     |        |
|                 |            |                                 |         |                                                                               |                     |                     |                     |        |

|                                                                                                                                                                   |                                                                           |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|   | <b>KLINIKUM CRACAU</b><br>BEI PFEIFFERS DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG | <b>LUNGENKLINIK LOSTAU</b><br>DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG |
| <h2>Universitätsmedizin Magdeburg</h2>                                                                                                                            |                                                                           |                                                                 |
| Revision: 001/05.2026                                                                                                                                             | <b>Anamnese_Kreißsaal</b>                                                 | Status: freigegeben                                             |

## Eigenanamnese

| Größe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Gewicht vor Schwangerschaft |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Aktuelles Gewicht |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
| <b>Wie häufig nehmen Sie Drogen? (während u. vor der Schwangerschaft)</b><br><br><div> <div>Nie</div> <div>Weniger als 1x pro Monat</div> </div> <div> <div>1x pro Monat</div> <div>1x pro Woche</div> </div> <div> <div>nahezu täglich</div> </div> <div> <div>Sonstiges</div> <div>_____</div> </div> <div> <div>Welche?</div> <div>_____</div> </div> |  |                             | <b>Wie häufig rauchen Sie? (während und vor der Schwangerschaft)</b><br><br><div> <div>Nie</div> <div>weniger als 1x pro Monat</div> </div> <div> <div>1 – 5 Zigaretten pro Woche</div> </div> <div> <div>1 – 5 Zigaretten pro Tag</div> </div> <div> <div>5 – 15 Zigaretten pro Tag</div> </div> <div> <div>mehr als 15 Zigaretten pro Tag</div> </div> <div> <div>sonstiges _____</div> </div> |                   |  |
| <b>Wie häufig trinken Sie Alkohol? (während u. vor der Schwangerschaft)</b><br><br><div> <div>Nie</div> <div>Weniger als 1x pro Monat</div> </div> <div> <div>1x pro Monat</div> <div>1x pro Woche</div> </div> <div> <div>nahezu täglich</div> </div> <div> <div>Sonstiges _____</div> </div>                                                           |  |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |  |
| <b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b><br><br>(zum Beispiel für die Schilddrüse, aber auch schwangerschaftsspezifische Medikamente/Vitamine wie Folsäure, Magnesium oder Eisen)                                                                                                                                                                   |  |                             | <b>Nein</b><br><br><br><b>Ja, folgende:</b><br><br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                          |                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|    | <b>KLINIKUM CRACAU</b><br><small>BEI PFEIFFERS DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG</small> | <b>LUNGENKLINIK LOSTAU</b><br><small>DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG</small> |
| <h2 style="margin: 0;">Universitätsmedizin Magdeburg</h2>                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |                                                                                |
| Revision: 001/05.2026                                                                                                                                                                                                                                 | Anamnese_Kreißaal                                                                        | Status: freigegeben                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?</b>                                                                                                                                                                                                                      | <p><b>Nein</b></p><br><br><p><b>Ja, folgende:</b></p><br><br><hr/>             |
| <b>Leiden Sie an bestehenden Grunderkrankungen?</b> (zum Beispiel Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Bluthochdruck, Blut- / Thromboseneigung, Lunge- / Atemwege (Asthma)?                                                                                                               | <p><b>Nein</b></p><br><br><p><b>Ja, folgende:</b></p><br><br><hr/>             |
| <b>Gibt es bei Ihren nahen Verwandten behandlungsbedürftige, chronische Erkrankungen?</b><br><br><p><u>Hinweis:</u> zu nahen Verwandten zählen: Eltern, Großeltern oder Geschwister</p><br><br><p>z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombosen, Gerinnungsstörungen oder Behinderungen</p> | <p><b>Nein</b></p><br><br><p><b>Ja, folgende:</b></p><br><br><hr/> <hr/> <hr/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                           |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|    | <b>KLINIKUM CRACAU</b><br>BEI PFEIFFERS DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG | <b>LUNGENKLINIK LOSTAU</b><br>DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG |
| <b>Universitätsmedizin Magdeburg</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                           |                                                                 |
| Revision: 001/05.2026                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Anamnese_Kreißsaal</b>                                                 | Status: freigegeben                                             |

| Hatten Sie Operationen? | Wann? | Welche Klinik? | Was? | Welche Art der Narkose? | Gab es Komplikationen? |
|-------------------------|-------|----------------|------|-------------------------|------------------------|
| 1.                      |       |                |      |                         |                        |
| 2.                      |       |                |      |                         |                        |
| 3.                      |       |                |      |                         |                        |

### Fragen zur Orientierung:

|                                                                                              |                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Soll Sie jemand anderes als die auf Seite 2 angegebene Person zur Geburt begleiten?</b>   | <b>Nein</b><br><br><b>Ja, folgende Person (bitte Name und Telefonnummer):</b><br><br><hr/> |
| <b>Bei folgenden Untersuchungen / Vorgängen sollte die Begleitperson den Raum verlassen:</b> |                                                                                            |
| <b>Wie könnten Sie sich vorstellen zu gebären?</b>                                           |                                                                                            |
| <b>Möchten Sie, dass wir Ihnen ihr Kind direkt nach der Geburt auf ihre Brust legen?</b>     | <b>Ja</b><br><br><b>Nein</b><br><br><b>Mein persönlicher Wunsch:</b><br><br><hr/> <hr/>    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                     |                                                                 |                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|                                                                                        | <b>KLINIKUM CRACAU</b><br>BEI PFEIFFERS DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG                                                           | <b>LUNGENKLINIK LOSTAU</b><br>DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAGDEBURG |                                            |
| <b>Universitätsmedizin Magdeburg</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |                                                                 |                                            |
| Revision: 001/05.2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Anamnese_Kreißaal                                                                                                                   | Status: freigegeben                                             |                                            |
| <p><b>Nach der Geburt des Kindes folgt die Geburt des Mutterkuchens (Plazenta). Haben Sie darauf bezogen irgendwelche Wünsche (z.B. Plazentaglobuli, o.ä.) oder sollen wir ihn für Sie bei uns entsorgen?</b></p> <p><u>Hinweis:</u> Materialien für bspw. Plazentaglobuli müssen von Ihnen selbst bei der Geburt mitgebracht werden.</p> | <p style="text-align: center;"><b>Entsorgen</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Mein persönlicher Wunsch:</b></p> <hr/> <hr/> |                                                                 |                                            |
| <b>Möchten Sie Ihr Kind nach der Geburt stillen?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ja                                                                                                                                  | Nein                                                            | Nur unmittelbar nach der Geburt (Vormilch) |
| <b>Wie wünschen Sie sich Ihren Aufenthalt bei uns?</b> <p><u>Hinweis:</u> Für Einzel- oder Familienzimmer ist eine Zuzahlung (*ZZ) zu leisten. Preise sind beim Personal zu erfragen.</p>                                                                                                                                                 | normales Zimmer (ohne Zuzahlung)                                                                                                    | Einzelzimmer (mit ZZ* oder Versicherung)                        | Familienzimmer (mit ZZ*)                   |