

Allgemeine Anamnese der Mutter (zum Zeitpunkt der Entbindung)

1.	Sind Sie mit mehr als einem Kind schwanger (Mehrlingsschwangerschaft)?	☐ Nein	☐ Ja
2.	Haben Sie zur Zeit einen Infekt (z. B. Erkältung, Durchfallerkrankung o. ä.), einen Abszess oder eine Hautinfektion? Was genau? Wenn ja, mit Fieber ($\geq 38,5^\circ\text{C}$) oder allgemeinem Krankheitsgefühl? ☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein	☐ Ja
3.	Hatten Sie gestern eine Zahnbehandlung?	☐ Nein	☐ Ja
4.	Hatten Sie in der letzten Woche eine kleine Operation, Zahnextraktion oder einen unkomplizierten Infekt? Was genau?	☐ Nein	☐ Ja
5.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen - eine fieberhafte Erkrankung (z. B. Erkältung, Durchfall o. ä.)? Was? Wann? - Kontakt zu Infektionskranken (Röteln, Masern o. ä.)? Was? Wann? - Medikamente genommen, Spritzen bekommen? Was? Wann? Dauer?	☐ Nein	☐ Ja
6.	Haben Sie in den letzten 8 Wochen eine Hepatitis-B-Impfung oder Lebendimpfstoff (z.B. Gelbfieber, Typhus, Masern, Mumps, Röteln, Cholera) bzw. in den letzten 12 Monaten eine Tollwutimpfung erhalten? Welche?	☐ Nein	☐ Ja
7.	Wurde bei Ihnen in den letzten 4 Monaten eine Hepatitis A-Infektion festgestellt?	☐ Nein	☐ Ja
8.	Hatten Sie in den letzten 4 Monaten Operationen, Endoskopien (Spiegelungen), Biopsien, Unfälle, Katheteranwendungen? Was und wann?	☐ Nein	☐ Ja
9.	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Tätowierung oder Durchstechung der Haut oder der Schleimhäute (z. B. Piercing) oder eine Akupunktur, die nicht unter sterilen Bedingungen bzw. nicht mit Einmalnadeln durchgeführt wurde?	☐ Nein	☐ Ja
10.	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt zu an HIV-, Gelbsucht/Hepatitis- oder Tuberkulose-Erkrankten?	☐ Nein	☐ Ja
11.	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt zu Blut von Personen (z.B.: durch offene Wunden, Nadelstichverletzung), die einer Risikogruppe (siehe unten) für Hepatitis oder HIV angehören?	☐ Nein	☐ Ja
12.	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten aus der Haft entlassen?	☐ Nein	☐ Ja
13.	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten unbeabsichtigten Kontakt mit Blut bzw. Verletzungen von mit Blut kontaminierten Injektionsnadeln oder Instrumenten?	☐ Nein	☐ Ja
14.	Hatten Sie oder Ihr Partner in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt mit einer besonders HIV-/Hepatitis-infektionsgefährdeten Person? (* siehe unten)	☐ Nein	☐ Ja
15.	Hatten Sie oder Ihr Partner in den letzten 12 Monaten intimen Kontakt mit Personen aus Afrika südlich der Sahara, Karibik, Südostasien oder Südamerika?	☐ Nein	☐ Ja
16.	Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten im Ausland aufgehalten? Wo und wann?	☐ Nein	☐ Ja
17.	Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten in einem Malaria-Endemiegebiet aufgehalten? Wo?	☐ Nein	☐ Ja
18.	Sind Sie in einem Malaria-Endemiegebiet geboren oder aufgewachsen? Wo und wann war Ihr letzter Aufenthalt?	☐ Nein	☐ Ja
19.	Haben Sie in den letzten 12 Monaten Blut, Blutprodukte oder Sera humanen oder tierischen Ursprungs erhalten?	☐ Nein	☐ Ja
20.	Gehören/Gehörten Sie oder Ihr Partner zu einem besonders HIV-/Hepatitis-infektionsgefährdeten Personenkreis? (* siehe unten)	☐ Nein	☐ Ja
21.	Wurde bei Ihnen jedemals HIV, AIDS, Hepatitis B/C, HTLV I/II oder Syphilis festgestellt?	☐ Nein	☐ Ja
22.	Haben Sie jedemals ein Transplantat menschlichen oder tierischen Ursprungs (z.B. Augenhornhaut, Hirnhaut o.ä.) oder Hypophysenhormon erhalten (z.B. Wachstumshormon)?	☐ Nein	☐ Ja
23.	Sind oder waren Sie drogen-, alkohol- oder medikamentenabhängig?	☐ Nein	☐ Ja
24.	Haben Sie während der Schwangerschaft Zigaretten o. ä. geraucht? Wenn ja, was und wie viel?	☐ Nein	☐ Ja
25.	Ist bei Ihnen oder in Ihrer Verwandtschaft jedemals eine Creutzfeld-Jakob-Erkrankung oder Transmissible Spongiforme Enzephalopathie (TSE) oder der Verdacht auf eine dieser Erkrankungen aufgetreten?	☐ Nein	☐ Ja
26.	Wurde die Schwangerschaft mit Hilfe einer fremden Eizellen-, Samen- oder Embryonenspende herbeigeführt oder fungieren Sie als Leihmutter?	☐ Nein	☐ Ja
27.	Haben oder hatten Sie Krebserkrankungen, Tumore, Herz-/Gefäßerkrankungen, Bluthochdruck (medikamentös behandelt), Allergien, Tuberkulose, Salmonellen-Infektionen als Dauerausscheider (Typhus, Paratyphus), Borreliose, Toxoplasmose, Tropenkrankheiten (Malaria, Babesiose, Trypanosomiasis (Chagas- oder Schlafkrankheit), Leishmaniasis, Tularämie, Lepra, Brucellose, Rückfallfieber, Fleckfieber od. andere Rickettsiosen, etc.), Geschlechtskrankheiten (Tripper, Syphilis, Ulcus molle, Lymphopathia venerea etc.), Q-Fieber, West-Nil-Fieber, rheumatisches Fieber, Melioidose? Was bzw. wann genau?	☐ Nein	☐ Ja
28.	Haben oder hatten Sie Erkrankungen des Blutes, der Lymphknoten, Nerven (Krampfanfälle, neurologische Erkrankung), Nieren, Schilddrüse, Lunge/Bronchien, Knochen (z.B. Osteomyelitis), Leber, des Magen-Darmtraktes oder andere chronische Erkrankungen? Was?	☐ Nein	☐ Ja