



Anamnesebogen

Liebe Schwangere,

der Ihnen vorliegende Fragebogen soll mir helfen, ein möglichst umfassendes Bild Ihrer Vorgeschichte aber auch Ihres momentanen Lebens zu bekommen. Wenn Sie sich bitte die Mühe machen wollen, diesen Bogen bereits vor Ihrem ersten Termin bei mir auszufüllen. Damit sparen wir uns wertvolle Zeit beim ersten Gespräch und wir können gemeinsam anhand des Bogens alle wichtigen Fragen klären. Sollten Ihnen nicht alle Begriffe klar sein oder Sie bei der einen oder anderen Frage unsicher sein, markieren Sie diese bitte gerne. Wir werden diese Fragen dann zusammen besprechen. Die aufgezählten Erkrankungen sind Beispiele. Wenn Sie unter anderen Erkrankungen leiden, ergänzen Sie dies bitte. Sollte der Platz nicht ausreichen, scheuen Sie sich bitte nicht, ein Blatt hinzuzufügen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Adresse: _____

Telefon mobil _____ Festnetz _____ Emailadresse _____

Krankenversicherung _____ Kassennummer _____ Versichertennummer _____

Zu Ihrer eigenen Person:

Beruf: _____ Familienstand: verheiratet geschieden ledig

Lebenssituation: ich lebe mit meinem Partner zusammen ich lebe alleine/werde allein erziehend sein

Haben Sie Geschwister? _____ Wo lebt Ihre Eltern und Schwiegereltern (Orte)? _____

Sie ernähren sich mit Fleisch vegetarisch vegan Rauchen Sie? ja nein _____

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen und wie oft _____

Zu Ihrem Partner:

Name, Vorname: _____ Beruf _____

Erkrankungen: _____ Allergien _____

Raucht Ihr Partner? nein ja, ca. _____ Zigaretten/Tag _____

Zur Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte:

Haben oder hatten Sie Probleme in folgenden Bereichen?	Ja	Nein	Erläuterungen
Herz-Kreislauf-Probleme (zu hoher/niedriger Blutdruck, Venenleiden)			
Blutgerinnungsstörungen (Thrombosen, Embolien, verlangsamte Blutgerinnung)			
Magen-Darm-Probleme (Verdauungsstörungen, Darmerkrankungen)			
Lunge-Atemwegsprobleme (Lungenentzündungen, chron. Bronchitis, Asthma)			
Leber-/Gallenerkrankungen (Gallensteine, Gallenoperation)			
Nieren-/Blasenerkrankungen (Nierenbecken-/ Nierenentzündung, Harnsteine/-gries, Blasenentzündungen)			
Geschlechtsorgane (Gebärmuttermyome, Brusttumoren)			
Muskel-und Skelettsystem (Skoliose, Bandscheibenvorfälle, Gleitwirbel, , Verspannungen)			
Nervensystem (Lähmungen, Fehlempfindungen, Nervenstörungen, Multiple Sklerose)			
Sinnesorgane (Sehstörungen, Fehlsichtigkeit, Hörstörungen, Tinnitus, Geruchs-/Geschmacksstörungen)			

	Ja	Nein	Erläuterungen	
Stoffwechsel/Hormonsystem (Schilddrüsenüber-/unterfunktion, Diabetes, Sonstige hormonelle/Stoffwechsel- Störungen)				
Allergien/Unverträglichkeiten (Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergien, Lactoseintoleranz, Histaminunverträglichkeit)				
Seelische Erkrankungen (Depressionen, Schizophrenie, Ängste, Zwänge)				
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, Borreliose)				
Hatten Sie Kinderkrankheiten? <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber Sind Sie geimpft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen (soweit bekannt)				
Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja: wann und was wurde operiert?				
Hatten Sie Unfälle?				
Welche Medikamente nehmen Sie?				
Rauchen Sie und wenn ja, wie viel?		Trinken Sie Alkohol? Wie viel?		
Bei Frauen: Schwangerschaften und Geburten (auch Fehlgeburten)				
Jahr	normale Geburt/ Kaiserschnitt	Name des Kindes	Gewicht gestillt	Besonderheiten in Schwangerschaft/unter der Geburt
Falls Sie schon ein Baby gestillt haben, wie war der Verlauf der Stillzeit? <input type="checkbox"/> unkompliziert <input type="checkbox"/> wunde Brustwarzen <input type="checkbox"/> gepumpt <input type="checkbox"/> mit Hütchen gestillt <input type="checkbox"/> Brustentzündung / Milchstau <input type="checkbox"/> Kind hat schlecht zugenommen <input type="checkbox"/> frühzeitig abgestillt				

Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie (so weit Sie wissen)?

Erkrankung	Ja	Nein	Wer leidet daran
Diabetes (auch Alterszucker)			
Bluthochdruck			
Herz-/Kreislaufkrankungen Welche?			
Gerinnungsstörungen (Thrombosen, Embolien)			
Krebserkrankungen Welche?			
Seelische Erkrankungen (Depressionen, Schizophrenie, Suizide)			
Allergien/Unverträglichkeiten (ggf. auch bei Ihren Kindern) Welche?			
Sonstige gehäuft auftretende Erkrankungen (genetische Erkrankungen, Darmpolyphen) Welche?			
Gibt es (auch in der Familie des Vaters des Kindes) Hüftprobleme?			

Datum

Unterschrift