

# Anamnesebogen

Willkommen in Ihrer Praxis für Pränatalmedizin!

Bitte helfen Sie uns, in dem Sie uns möglichst genau im Vorfeld Angaben zu Ihnen, Ihrer medizinischen Vorgeschichte und Ihrer Schwangerschaft machen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ihr Beruf \_\_\_\_\_

Beruf des Partners/in \_\_\_\_\_

Behandelnde/r Frauenarzt/in \_\_\_\_\_

## Vorangegangene Schwangerschaften und Geburten

Anzahl aller bisheriger Schwangerschaften \_\_\_\_\_

Anzahl Kinder \_\_\_\_\_ Mädchen \_\_\_\_\_ Jungen \_\_\_\_\_

Fehlgeburten? Wenn ja, Anzahl und Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_

Schwangerschaftsabbrüche? Wenn ja, Anzahl und Grund \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	Jahr	Schwangerschaftswoche	Junge oder Mädchen?	Geburts-gewicht	Entbindung	Gesund?
1. Geburt						
2. Geburt						
3. Geburt						
4. Geburt						

Komplikationen in den vorangegangenen Schwangerschaften und bei Geburten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Eigen- und Familienanamnese

Blutgruppe der Schwangeren \_\_\_\_\_ Rhesusfaktor \_\_\_\_\_

Gewicht vor der Schwangerschaft \_\_\_\_\_ Jetziges Gewicht \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ cm

Allergien \_\_\_\_\_

### Medikamente:

Vor der Schwangerschaft \_\_\_\_\_

Aktuell \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja  Nein  Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Alkohol? Ja  Nein  Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Bekannte Krankheiten in Ihrer Vorgeschichte \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal Bluttransfusionen? Wenn ja, gab es Komplikationen?  
\_\_\_\_\_

Operationen \_\_\_\_\_

Bekannte Krankheiten in Ihrer Familie \_\_\_\_\_

Letzte Periode \_\_\_\_\_

Entbindungstermin \_\_\_\_\_

Empfängnis (normal, Stimulation, künstliche Befruchtung z.B. IVF / ICSI, Eizellspende)  
\_\_\_\_\_

Bei IVF / ICSI, wann und wo? \_\_\_\_\_

Stehen Sie mit Ihrem Partner in einer Verwandtschaftsbeziehung? Wenn ja, in welcher?  
\_\_\_\_\_

Komplikationen in der jetzigen Schwangerschaft, z.B. Gestationsdiabetes (Zucker), hoher Blutdruck  
\_\_\_\_\_

Warum sollen Sie untersucht werden? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift