



Anamnesebogen Schwangerschaft

Liebe Schwangere,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserem Gesundheitszentrum und werden Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und gesamte Kompetenz widmen.

Um bei Ihrem aktuellen Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später kann Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

1. Name, Vorname: _____

2. Geburtsdatum: _____

3. telefonisch erreichbar (auch Handy): _____

4. E-Mail: _____

5. Wer ist Ihr(e) Hausarzt/-ärztin? _____

6. Wer ist Ihr(e) Frauenarzt/-ärztin? _____

7. Welche ist ihre Muttersprache? _____

Benötigen Sie jemanden zum Dolmetschen? ja nein

8. Wurde bei Ihnen bereits ein Zuckertest (süßer Saft) durchgeführt? ja nein

9. Falls Sie bereits Kinder haben: Ihre wievielte Schwangerschaft ist das? _____

In der wievielten Schwangerschaftswoche sind Sie? _____

Wieviel hat Ihr schwerstes Kind bei der Geburt gewogen (g)? _____

Gestationsdiabetes in früheren Schwangerschaften? ja nein

Hat eines Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme? ja nein

Erwarten Sie Mehrlinge (z. B. Zwillinge o. Drillinge)? ja nein

Hatten Sie schon einmal Fehlgeburten? ja nein

Wenn ja, wann? _____

10. Wann ist Ihr Entbindungstermin? _____



11. Sind Sie berufstätig? ja nein
Welcher Beruf? _____
12. Haben Sie ein Beschäftigungsverbot? ja nein
13. **VOR** der Schwangerschaft: Körpergröße (cm): _____ Gewicht (kg): _____
14. Rauchen Sie? ja nein Wieviel Zigaretten am Tag (ca.)? _____
 Ex-Raucherin seit: _____
15. Nehmen Sie Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche? _____
16. Haben Sie Bluthochdruck? ja nein
17. Haben Sie Fettstoffwechselstörungen? ja nein
18. Liegt Diabetes in Ihrer Familie vor? ja nein
Wenn ja, wer ist davon betroffen? _____
19. Wie ist die Kindesentwicklung bisher? unauffällig auffällig
20. Wie ist Ihr Bewegungsverhalten? Sport Spazieren kaum/wenig
21. Wie oft bewegen Sie sich? täglich 2-3x/Woche weniger
22. Liegt eine Bewegungseinschränkung seitens des/r Gynäkologen/in vor? ja nein

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen die Zeit genommen haben.

Ihr Gesundheitszentrum am Nordberg

Detlef Kobusch & Maren Herschel