



## Anamnesebogen für Schwangere

.....  
Vorname Nachname Geburtsdatum

1. Wie groß sind Sie? .....
2. Wie schwer sind Sie? .....
3. Wie alt ist der Vater dieses Kindes? .....
4. Wie oft waren Sie bereits schwanger? ..... (diese aktuelle Schwangerschaft mit eingerechnet)
5. Wie viele Geburten hatten Sie bereits? .....
6. Wann begann die letzte Periodenblutung vor dieser Schwangerschaft? .....
7. Wie lang war Ihr Zyklus (vom 1. Tag der Periode bis zum nächsten ersten Tag)? .....
8. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig oder gelegentlich ein?

- .....
9. Rauchen Sie?      nein  ja       Wenn ja, bis wann? ..... und wie viele Zigaretten? .....
  10. Trinken Sie Alkohol?      nein  ja       Wenn ja, bis wann? ..... und wie viel bzw. wie oft? .....
  11. Sie Sie damit einverstanden, dass zu Beginn der Mutterschaftsvorsorge ein HIV-Test durchgeführt wird  
(Leistung der Krankenversicherung)?      ja  nein
  12. Hatten Sie in der letzten Zeit Kontakt zu Menschen, die an Röteln, Masern, Windpocken, Gelbsucht  
oder einer anderen Infektionskrankheit erkrankt sind oder waren?      ja  nein
  13. Waren Sie in dieser Schwangerschaft schon bei einem anderen Frauenarzt in Behandlung?      ja  nein
  14. Sind Sie mit dem Vater des Kindes blutsverwandt?      ja  nein
  15. Gibt es in Ihrer Familie (Vater, Mutter, Geschwister) Diabetes (Zuckerkrankheit)?      ja  nein
  16. Gibt es in Ihrer Familie (Vater, Mutter, Geschwister) Bluthochdruck?      ja  nein
  17. Gibt es in Ihrer Familie (Vater, Mutter, Geschwister) angeborene Fehlbildungen?      ja  nein
  18. Gibt es in Ihrer Familie (Vater, Mutter, Geschwister) Erbkrankheiten?      ja  nein
  19. Gibt es in Ihrer Familie (Vater, Mutter, Geschwister) seelische Erkrankungen?      ja  nein
  20. Gibt oder gab es bei Ihnen selbst schon einmal eine Erkrankung des Herzens?      ja  nein
  21. Gibt oder gab es bei Ihnen selbst schon einmal eine Erkrankung der Lunge?      ja  nein
  22. Gibt oder gab es bei Ihnen selbst schon einmal eine Erkrankung der Leber?      ja  nein
  23. Gibt oder gab es bei Ihnen selbst schon einmal eine Erkrankung der Niere?      ja  nein
  24. Gibt oder gab es bei Ihnen selbst schon einmal eine Erkrankung des Nervensystems?      ja  nein
  25. Besteht bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung?      ja  nein
  26. Neigen Sie zu Venenentzündungen oder Thrombosen?      ja  nein
  27. Gibt oder gab es bei Ihnen selbst schon einmal eine andere Erkrankung?      ja  nein   
Wenn ja, welche?
- .....



28. Haben Sie Allergien? ja  nein   
Wenn ja, gegen welche Medikamente oder Stoffe?  
.....
29. Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion bekommen? ja  nein
30. Besteht bei Ihnen eine psychische oder seelische Belastung, z.B. durch Beruf oder Familie? ja  nein
31. Bestehen besondere wirtschaftliche oder soziale Probleme? ja  nein
32. Gab es bei Ihnen schon einmal eine Blutgruppen-Unverträglichkeiten (z. B. Rhesus-Unverträglichkeit)? ja  nein
33. Sind Sie an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) erkrankt? ja  nein
34. Sind Sie übergewichtig? ja  nein
35. Sind Sie kleinwüchsig (kleiner als 140 cm)? ja  nein
36. Besteht bei Ihnen eine Besonderheit im Skelett-System (z.B. Beckenverengung)? ja  nein
37. Sind Sie jünger als 18 Jahre oder älter als 35 Jahre alt? ja  nein
38. Haben Sie mehr als vier Kinder geboren? ja  nein
39. Kam diese Schwangerschaft durch eine Kinderwunschbehandlung (z. B. IVF ...) zustande? ja  nein
40. Hatten Sie schon einmal eine Frühgeburt (vor der 37. Schwangerschaftswoche)? ja  nein
41. Haben Sie schon einmal ein Kind unter 2500 Gramm geboren? ja  nein
42. Hatten Sie schon zwei oder mehr Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche? ja  nein
43. Hatten Sie schon einmal eine Totgeburt oder ein Kind mit einer Fehlbildung oder einem Geburtsschaden? ja  nein
44. Gab es Schwierigkeiten bei einer vorangegangenen Schwangerschaft? ja  nein   
wenn ja, welche?  
.....
45. Gab es Schwierigkeiten bei einer vorangegangenen Geburt? ja  nein   
wenn ja, welche?  
.....
46. Gab es Schwierigkeiten nach einer vorangegangenen Geburt oder im Wochenbett? ja  nein   
wenn ja, welche?  
.....
47. Hatten Sie schon einmal einen Kaiserschnitt? ja  nein
48. Wurden Sie schon einmal an der Gebärmutter operiert? ja  nein
49. Liegt die letzte Schwangerschaft weniger als 12 Monate zurück? ja  nein
50. Gibt es bei Ihnen andere Besonderheiten? ja  nein   
wenn ja, welche? .....

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift auch, dass Sie die **Informationen für Schwangere** gelesen haben.

.....

Datum

.....

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. **Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt mit, wenn Sie zum nächsten Termin kommen.**