

Anamnesebogen

Liebe Patientin,

um einen reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten bitten wir Sie, die folgenden Fragen bereits vor dem Gespräch mit den behandelnden ÄrztInnen zu beantworten.

Ihre persönlichen Angaben bleiben **Streng vertraulich** und werden ebenso sorgfältig behandelt wie eine Patientenakte.

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Adresse: _____

Tel. Nummer: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Notfallkontakt:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Tel. Nummer: _____ Mobil: _____

Anamnese

Größe: _____ Gewicht vor der Schwangerschaft: _____ (kg)

Gewicht aktuell: _____ (kg)

Rauchen Sie: ja nein Wenn ja, wie viele pro Tag: _____

Trinken Sie Alkohol: ja nein Wenn ja, wie viel pro Tag: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche (wie oft, Dosierung): _____

Haben Sie Vorerkrankungen?

Diabetes mellitus Typ 1 ja nein seit wann _____

Diabetes mellitus Typ 2 ja nein seit wann _____

Herzerkrankung ja nein seit wann _____

Schilddrüsenerkrankung ja nein seit wann _____

Bluthochdruck ja nein seit wann _____

Andere: _____

Allergien: _____

Hatten Sie gynäkologische Operationen (z.B. Bauchspiegelung, Myom Entfernung, Brust-OP,
Konisation)? ja nein

Wenn ja, Welche und wann: _____

Gibt es in Ihrer Familie genetische Erkrankungen (z.B. Down Syndrom)?

ja nein

Wenn ja, bei wem und welche Art von Erkrankung: _____

Gibt es in Ihrer Familie bekannte Fehlbildungen (z.B. Herzfehler, offener Rücken/Spina bifida,
Extremitäten Fehlbildungen)

ja nein

Wenn ja, bei wem und Welche Art von Fehlbildung: _____

Schwangerschaftsanamnese:

Datum 1. Tag der letzten Periode: _____

Berechneter Entbindungstermin: _____

Konzeption spontan IVF ICSI andere

Eizellentnahme: _____ Einsetzen der befruchteten Eizelle: _____

Anzahl der eingesetzten Embryonen: _____

Möchten Sie das Geschlecht des Kindes wissen? ja nein

Schwangerschaftsverlauf:

War der bisherige Schwangerschaftsverlauf auffällig? (Blutungen, starkes Erbrechen, Wehen)

ja nein Wenn ja, was _____

Hatten Sie auswärtige Untersuchungen/Eingriffe? (Fruchtwasserpunktion, Gewebeentnahme aus dem Mutterkuchen)

ja nein

Wenn ja, welche: _____ Wo: _____

Wann: _____ Ergebnis: _____

Geburtshilfliche Anamnese:

Anzahl Schwangerschaften (inkl. dieser) _____

Anzahl Geburten _____ Anzahl Fehlgeburten _____

Anzahl Totgeburt _____ Anzahl Schwangerschaftsabbrüche _____

Geburtsjahr	Gewicht	Geschlecht	SSW bei Geburt	Art der Entbindung	Komplikationen

Welche mit – und weiterbehandelnden Ärzte sollen einen Befund von der Untersuchung bekommen?

Gynäkolog/In: _____

Weitere: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Schwangere,

- Sie wurden zu einer Ultraschalluntersuchung überwiesen. Ihre behandelnden Ärzte werden von uns einen Befundbericht erhalten und alle weiteren Ergebnisse die daraus erfolgen, z.B. humangenetische Diagnostik, Infektionsserologie usw.

Sind Sie damit einverstanden? ja nein

- Ich bin damit einverstanden, dass die Pränatalmedizin meine Unterlagen, sowie die Unterlagen meines Kindes von weiterbehandelnden ÄrztInnen und Krankenhäusern/Kliniken anfordern darf.

Sind Sie damit einverstanden? ja nein

- Ich bin damit einverstanden, dass Daten aus meiner Behandlung zum Zweck der Qualitätssicherung, Forschung und Lehre anonymisiert genutzt werden.

Sind Sie damit einverstanden? ja nein

- Nach dem Gendiagnostikgesetz haben Sie die Möglichkeit zu entscheiden, wie lange Ihre Unterlagen (Akte) aufbewahrt werden sollen.

Ich möchte das alle Unterlagen **nach** 10 Jahren vernichtet werden (Standard)

oder

Alle Unterlagen sollen **länger als** 10 Jahre aufbewahrt werden.

Bonn, _____

Unterschrift