

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

um einen reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten bitten wir Sie, die folgenden Fragen bereits vor dem Gespräch mit den behandelnden Ärzten, nach bestem Wissen, zu beantworten. Ihre persönlichen Angaben bleiben **streng vertraulich** und werden ebenso sorgfältig behandelt wie eine Patientenakte.

---

### Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

---

### Anamnese:

Größe: \_\_\_\_\_cm

Gewicht vor der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_kg      Gewicht aktuell: \_\_\_\_\_kg

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel pro Tag: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?      ja       nein

Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

Datum 1. Tag der letzten Periode: \_\_\_\_\_

Entbindungstermin: \_\_\_\_\_

## Bei künstlicher Befruchtung:

Konzeption:

IVF       ICSI       Kryo       Insemination

Eizellentnahme am: \_\_\_\_\_

Einsetzung der befruchteten Eizelle: \_\_\_\_\_

Anzahl der eingesetzten Embryonen: \_\_\_\_\_

---

## Schwangerschaftsverlauf:

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

ja                       nein

was? \_\_\_\_\_

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

ja                       nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_                      Wo: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_                      Ergebnis: \_\_\_\_\_

---

## Geburtshilfliche Anamnese:

Schwangerschaften: \_\_\_\_\_ (Gesamtzahl aller Schwangerschaften) Geburten: \_\_\_\_\_

Fehlgeburten: \_\_\_\_\_ Totgeburten: \_\_\_\_\_ Eileiterschwangerschaft: \_\_\_\_\_

Schwangerschaftsabbruch: \_\_\_\_\_

## Angaben zu Geburten:

Geburts- jahr	Gewicht	Geschlecht	Komplikationen	SSW bei Geburt	Art der Entbindung

Möchten Sie das Geschlecht des Kindes wissen? ja  nein

Hatten Sie Gynäkologische Operationen? (z.B. Bauchspiegelung, Myomentfernung, Brustoperation, Konisation) ja  nein

Wenn ja, welche und wann:

---

Gibt es in Ihrer Familie Chromosomenstörungen? (z.B. Down-Syndrom) ja  nein

Wenn ja, bei wem und welche Art von Störung?

---

Gibt es in Ihrer Familie bekannte Fehlbildungen? (z.B. Herzfehler, offener Rücken / Spina bifida, Extremitätenfehlbildung) ja  nein

Wenn ja, bei wem und welche Fehlbildung?

---

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

---



---



---

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Schwangere,

- Sie wurden zu einer Ultraschalluntersuchung überwiesen. Ihre behandelnden Ärzte / Ärztinnen werden von uns einen Befundbericht erhalten. Auch über weiterführende Befunde (z.B. humangenetische Diagnostik, Infektionsserologie, usw.) werden diese informiert.

Sind Sie damit einverstanden? ja  nein

- Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Abteilung für Geburtshilfe und Pränatale Medizin meine Unterlagen sowie die Unterlagen meines Kindes von weiterbehandelnden Ärzten / Ärztinnen und Krankenhäusern / Kliniken anfordern darf.

ja  nein

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

ja  nein

- Nach dem Gendiagnostikgesetz haben Sie die Möglichkeit zu entscheiden, wie lange Ihre Unterlagen genetischer Untersuchungen aufbewahrt werden sollen.

Einverständnis zur Langzeitspeicherung – Das Ergebnis der genetischen Untersuchung soll zeitlich unbegrenzt gespeichert werden. Sie können auch noch nach Jahren Informationen erhalten, die ggf. für Sie und Ihr Kind wichtig sein könnten.

### Oder

Daten nach 10 Jahren vernichten – die Ergebnisse der genetischen Untersuchung werden nach 10 Jahren von dem verantwortlichen Personal vernichtet.

Bonn, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift