

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: _____

Notfallkontakt:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____

Anamnese:

Größe: _____ cm

Gewicht vor der Schwangerschaft: _____ kg Gewicht aktuell: _____ kg

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

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie Vorerkrankungen:

Diabetes mellitus Typ 1 ja nein seit wann: _____

Diabetes mellitus Typ 2 ja nein seit wann: _____

Herzerkrankung ja nein welche: _____

Schilddrüsenerkrankung ja nein seit wann: _____

Hypertonie ja nein seit wann: _____

Andere: _____

Haben Sie Allergien:

ja nein 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