**Anamnesebogen**

**Name, Vorname, geb. am ­­: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Besch.Verbot? ja O**

**Familienstand: O ledig O verheiratet O geschieden O alleinerziehend**

**Festnetz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Krankenkassennummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ablaufdatum KK-Karte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name, Vorname, Geb. Datum des Partners/Angehörigen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Handynummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Coronaimpf?\_\_\_\_\_-**

**Entbindungstermin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zyklus:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Frauenarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kinderarzt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Schwangerschaften mit dieser: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bisherige Geburten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fehlgeburten/Eileiterschwangerschaft: O ja O nein Wann/Wieviele? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Gebärmutterausschabung in der Vorgeschichte? O ja o nein Wann/Wieviele? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sterilitätsbehandlung in dieser SS (Insemination, IVF, ICSI..) O ja O nein Transferdatum:**

**Erkrankungen der Brust \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Erkrankungen des Unterleibs/Infekte\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Blutgruppe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rh-Faktor: O positiv O negativ**

 **Rophylac:**

**Antikörpersuchtest O negativ O positiv Corona-Impfung: O ja O nein**

**Chlamydien-Nachweis O negativ O positiv**

**LSR durchgeführt O ja O nein**

**Röteln durchgeführt O ja O nein Impfschutz/ geimpft O ja O nein**

**HBs Ag O negativ O positiv am:**

**HIV durchgeführt O ja O nein**

**Streptokokken B Test O negativ O positive am:**

**Toxoplasmose \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ringelröteln \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Windpocken \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CMV \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Zuckertest: Harmony/Pränataltest?**

**Haustiere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sport/Hobbies: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rauchen Wieveil/Tag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alkohol/Drogen Wieviel/ Tag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aktuelle gesundheitliche Verfassung O gut O\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Therapie/Ergänzungen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bluthochdruck O ja O nein OPs\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Diabetes O ja O nein Medis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Epilepsie O ja O nein**

**Gerinnung/Thromb. O ja O nein**

**Depression O ja O nein**

**Asthma O ja O nein Allergien O ja O nein**

**Genetische Erkrank. O ja O nein Fehlbildungen O ja O nein**

**Gelenk-/WS-/Erkrank. O ja O nein Andere Erkrankungen O ja O nein**

**Infektionskrankheiten O ja O nein**

**Sind beim Vater/Verwanden des Kindes chron. Erkrankungen bekannt bzw. im engeren Familienkreis?**

**Welche?**

**Schwangerschaftsverlauf bisher? O gut, keine Besonderheiten**

**ODER: Zeitraum/SSW/Therapie**

**Erbrechen/Übelkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vag. Blutungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wassereinlagerungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bluthochdruck: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Harnwegsinfektion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Depression: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bisherige Geburten:**

**Datum/SS-Woche/Geschlecht/ Normale Geburt/Kaiserschnitt/Besonderheiten (Saugglocke, Verletzungen etc.)**