



Anamnese Frau/Mutter

Das Ausfüllen dieses Fragebogens hilft bei der Vorbereitung des Beratungsgesprächs und erleichtert damit, dass Ihnen bei diesem Gespräch möglichst viele Informationen vermittelt werden können. Alle Angaben erfolgen freiwillig. **Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.** Wenn Sie Fragen oder Probleme beim Ausfüllen dieses Bogens haben stehen wir Ihnen gerne unter der Telefonnr. (0316) 380-4111 zur Verfügung.

Vor- u. Zuname: _____ Titel: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

geb. am: _____ Geburtsort: _____ Geburtsname: _____

led./ verh./ gesch./ verwtw. seit: _____ Soz.-Vers.-Nr. _____

Krankenkasse: _____ (zB GKK Stmk, BKK Zeltweg, Gew. Wirt., BVA, Bauern ...)

ausgeübter Beruf: _____ tagsüber erreichbar unter: _____ / _____
Vorwahl Telefonnummer

1. **Grund der Anfrage:** _____

2. Im Falle einer **Schwangerschaft**, beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen:

1. Tag der letzten Regel: _____

Beschwerden während der Schwangerschaft: _____

Waren die bisher durchgeführten Ultraschalluntersuchungen unauffällig? _____
(falls nein, bitte Befunde mitschicken)

Gab es während der bestehenden Schwangerschaft Medikamenteneinnahmen,
Röntgenuntersuchungen, Spitalsaufenthalte? _____

(falls etwas zutrifft, bitte möglichst genaue Angaben)

Während der bestehenden Schwangerschaft: Nikotinkonsum: _____ Alkoholkonsum: _____

Blutgruppe: _____

3. Falls Sie eine oder mehrere **Fehlgeburten** hatten, geben Sie bitte für jede Fehlgeburt das Jahr, den Schwangerschaftsmonat und wo diese behandelt wurde, an:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

(falls weitere Fehlgeburten, bitte auf gesondertem Blatt anführen!)

4. Machen Sie zu Ihrem **Ehemann/Partner** bitte folgende Angaben:
Sind Sie mit Ihrem Ehemann/Partner verwandt und wenn ja, wie? _____

5. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer eigenen medizinischen Vorgeschichte
(Eigenanamnese):
Bisherige Krankheiten, Operationen, Spitalsaufenthalte, Röntgenuntersuchungen,
Medikamenteneinnahmen, etc.: _____

Berufsbedingte Schadstoffbelastung: _____ Nikotinkonsum: _____

Alkoholkonsum: _____ Besteht weiterer Kinderwunsch? _____

Weitere Ergänzungen: _____

6. Die nächsten Fragen beziehen sich auf medizinische Probleme innerhalb Ihrer Familie
(Familienanamnese):
Treten in Ihrer Familie gehäuft bestimmte Krankheiten auf, welche und bei wem?

6a. Machen Sie zu Ihren **Kindern** bitte folgende Angaben:
Haben alle Kinder/Schwangerschaften denselben Vater? _____

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Vor.- u. Zuname:				
Geburtsdatum:				

Falls es bei einem oder mehreren Kindern medizinische Probleme gibt/gab (z.B. Entwicklungsverzögerung, Spitalsaufenthalte, etc.) machen Sie bitte folgende zusätzliche Angaben:

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Schwangerschaft:				
Komplikationen:				
Medikamenteneinnahme? Wann: Welche:				
Röntgenuntersuchungen?				
Ergebnisse von Ultraschalluntersuchungen?				
Bestand eine Rhesusunverträglichkeit?				
Geburt:				
Geburtsort:				
Krankenhaus:				

Spontan/Kaiserschnitt?				
Geburtsdauer:				
Geburtsgewicht/Länge:				
Komplikationen:				
Kopfumfang/APGAR (siehe Mutter-Kind-Pass)				
Angeborene Leiden/ Veränderungen:				
Welche?				
Wo behandelt:				
Entwicklung:				
Trinkschwäche:				
Gedeihstörung:				
Kopfhalten:				
Erste Zähne:				
Sitzen:				
Gehen:				
Sprechen:				
Andere Probleme (z.B. Epileptische Anfälle, etc.):				
Bisherige Krankheiten:				
Spitalsaufenthalte:				
Medikamenteneinnahmen:				
Schulbesuch:				
Beruf:				
Falls verstorben:				
Wann:				
Wo:				
Todesursache:				

6b. Von Ihren **Eltern** benötigen wir folgende Angaben:

	Mutter	Vater
Vor.- u. Zuname:		
Geburtsname:		
Geburtsdatum:		
Beruf:		

Besondere Krankheiten:		
Falls verstorben: wann: Todesursache:		
Gab es Fehl- oder Totgeburten?		

6c. Wie viele **Geschwister/Halbgeschwister** haben Sie: _____

Machen Sie zu diesen Geschwistern bitte folgende Angaben (falls mehr als 4 Geschwister, bitte gesondertes Blatt beifügen):

	1.	2.	3.	4.
Vor.- u. Zuname:				
Geburtsdatum:				
G. oder HGM. oder HGV.*				
Besondere Krankheiten:				
Gab es Fehl- oder Totgeburten?				
Falls Töchter: Anzahl und Alter: Eventuelle Krankheiten:				
Falls Söhne: Anzahl und Alter: Eventuelle Krankheiten:				

* G = Geschwister, HGM = Halbgeschwister mütterlich, HGV = Halbgeschwister väterlich

6d. Gibt es gesundheitsbezogene Informationen Ihre **Großeltern** betreffend?

7. Name und Adresse Ihres behandelnden

Hausarzt	Facharzt (mit Fachrichtung)

8. Datum: _____ Unterschrift: _____