**Anamnesebogen für Schwangere**

Alle Angaben sind freiwillig

Herzlich willkommen in unserer Praxis

**Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Schwangerschaftswoche?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Errechneter Entbindungstermin?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Gab oder gibt es Probleme in Ihrer aktuellen Schwangerschaft?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Anzahl der bisherigen Schwangerschaften:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Anzahl der leiblichen Kinder: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Gab es in bisherigen Schwangerschaften Komplikationen

(z.B. Schwangerschaftsdiabetes)? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Gibt es in Ihrer Verwandtschaft Personen mit Diabetes? Bitte kreuzen Sie an!

□ Mutter

□ Vater

□ Großeltern

□ Geschwister

□ Kinder

□ Nicht bekannt

8. Anzahl der leiblichen Geschwister: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Rauchen Sie?

□ Ja □ Nein □ Gelegentlich, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x pro Woche