

## FB Au03 Schwangerschafts- anamnesebogen

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_

Gewicht vor Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Wie viele Geburten: \_\_\_\_\_

Spontan  ja  nein

Sectio  ja  nein

Frühgeburt (vor der 35. SSW)  ja  nein

### Familienanamnese

Diabetes  ja  nein

Falls ja wer in der Familie: \_\_\_\_\_

Bluthochdruck  ja  nein

Falls ja wer in der Familie: \_\_\_\_\_

Chromosomale Probleme wie Downsyndrom

ja  nein

Missbildungen  ja  nein

### Eigene Anamnese

Probleme mit vorangegangenen

Schwangerschaften

ja  nein

Blutung in der Schwangerschaft

ja  nein

Fetale Wachstumsstörung

ja  nein

Fruchtwasserprobleme

ja  nein

Präeklampsie/Schwangerschaftsgestose

ja  nein

Infektionen in der Schwangerschaft

ja  nein

Medizinische Behandlung in der Schwangerschaft

ja  nein

Totes/geschädigtes Kind

ja  nein

Sterilitätsbehandlung

ja  nein

Bluttransfusion

ja  nein

Diabetes

ja  nein

Bluthochdruck

ja  nein

Thrombosebildung/Neigung

ja  nein

Andere Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

Letzte zahnärztliche Behandlung:

\_\_\_\_\_

### Komplikationen bei und nach der Entbindung

Vermehrte Blutung

ja  nein

Schwere genitale Verletzung

ja  nein

Plazentaablösungsprobleme/Ausschabung

ja  nein

\_\_\_\_\_

(Unterschrift der Patientin)

\_\_\_\_\_

(Ort und Datum)