ANAMNESEBOGEN Seite I

Damit wir Sie gut begleiten können – Ihre Angaben zur Schwangerschaft

N.VOLDYNER
FRAUENARZTPRAXIS

Name: ..... Vorname: ..... Geb.-Datum: .....

Strasse: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-mail: .....

Alter ..... Größe ..... Beruf .....

Gewicht vor der Schwangerschaft .....kg Gewicht aktuell .....kg

Rauchen Sie? ◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?.....

Trinken Sie Alkohol? ◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, wie viel Alkohol täglich?.....

Haben Sie bekannte Allergien? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, Welche?.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, Welche?.....

Datum 1. Tag der letzten Periode?.....

Voraussichtliches Entbindungsdatum:.....

Bei künstlicher Befruchtung:

Konzeption: ◯ IVF ◯ ICSI ◯ Kryo ◯ Insemination

Eizellentnahme am:.....

Anzahl der eingesetzten Embryonen:.....

Schwangerschaftsverlauf:

War der bisherige Schwangerschaftsverlauf auffällig?
(Blutung, starkes Erbrechen, vorzeitige Wehen) ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche davon und
wann?.....
.....

Hatten Sie auswärtige Untersuchungen/Eingriffe?
(Fruchtwasserpunktion, Gewebeentnahme aus der Mutterkuchen). ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche?.....

Wo?.....

Wann?.....

ANAMNESEBOGEN Seite II

Damit wir Sie gut begleiten können – Ihre Angaben zur Schwangerschaft

N.VOLDYNER
FRAUENARZTPRAXIS

Geburtshilfliche Anamnese:

Gesamtzahl der Schwangerschaften:..... Geburten:.....

Fehlgeburten:..... Totgeburten:..... Eileiterschwangerschaften:.....

Schwangerschaftsabbruch.....

Angaben zu Geburten

Geburtsjahr:	Gewicht:	Geschlecht:	Komplikationen:	SSW Geburt:	Art der Entbindung:

Möchten Sie das Geschlecht des Kindes wissen? ○ Ja ○ Nein

Hatten Sie Gynäkologische Operationen?
(z.B. Bauchspiegelung, Myomentfernungen, 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/Spinabifida, Extremitätenfehlbildungen) ○ Ja ○ Nein

Wenn ja, bei wem und welche Fehlbildung?.....
.....

Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis mit dem Vater des Kindes?
(z.B. Cousin/Cousine, entfernte Verwandtschaft) ○ Ja ○ Nein

Wenn ja, bitte Verwandtschaftsgrad angeben:.....

Welche mit- und weiterbehandelnden Ärzte sollen einen Befund von der Untersuchung bekommen?

.....
.....

Ort, Datum Unterschrift der Patientin

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!

Bitte vergessen Sie diesen Zettel nicht, wenn Sie uns das nächste Mal besuchen.

ANAMNESEBOGEN Seite III

Damit wir Sie gut begleiten können – Ihre Angaben zur Schwangerschaft

N.VOLDYNER
FRAUENARZTPRAXIS

Frauenarztpraxis Natalya Voldyner
Waldenburg Str. 14
28857 Syke
Telefon: 04242-9679880

Name: ..... Vorname: ..... Geb.-Datum: .....

Liebe werdende Mutter!

Sie wurden zu einer Ultraschalluntersuchung überwiesen. Ihre behandelnden Ärzte 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 und Krankenhäusern 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.

○ Ja ○ Nein

Sie können auch noch nach Jahren Informationen erhalten, die ggf. für Sie und Ihr Kind wichtig sein könnten.

oder

Die Daten nach 10 Jahren vernichten - Die Ergebnisse der genetischen Untersuchung werden nach 10 Jahren von dem verantwortlichen Personal vernichtet.

○ Ja ○ Nein

Ort, Datum Unterschrift der Patientin

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!

Bitte vergessen Sie diesen Zettel nicht, wenn Sie uns das nächste Mal besuchen.