

## 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) 385-73800 zur Verfügung.

Vor- u. Zuname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ (zB. ÖGK, BVAEB, SVS-GW, ...) SV.-Nr. \_\_\_\_\_

ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon/Handy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

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
<b>Schwangerschaft:</b>				
Komplikationen:				
Medikamenteneinnahme? Wann: Welche:				
Röntgenuntersuchungen?				
Ergebnisse von Ultraschalluntersuchungen?				
Bestand eine Rhesusunverträglichkeit?				
<b>Geburt:</b>				
Geburtsort:				
Krankenhaus:				
Spontan/Kaiserschnitt?				

Geburtsdauer:				
Geburtsgewicht/Länge:				
Komplikationen:				
Kopfumfang/APGAR (siehe Mutter-Kind-Pass)				
<b>Angeborene Leiden/ Veränderungen:</b>				
Welche?				
Wo behandelt:				
<b>Entwicklung:</b>				
Trinkschwäche:				
Gedeihstörung:				
Kopfhalten:				
Erste Zähne:				
Sitzen:				
Gehen:				
Sprechen:				
Andere Probleme (z.B. Epileptische Anfälle, etc.):				
Bisherige Krankheiten:				
Spitalsaufenthalte:				
Medikamenteneinnahmen:				
Schulbesuch:				
Beruf:				
<b>Falls verstorben:</b>				
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. Ich bin einverstanden, dass der Beratungsbrief und ggf. der Befund der genetischen Analyse an folgende\*n Ärztin\*Arzt übermittelt werden darf:

\_\_\_\_\_  
Name der\*s Ärztin\*Arztes, Fachrichtung, Anschrift

9. Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_