

Anamnese Bogen

Name: Straße/Hausnr.:
Vorname: Postleitzahl:
Geb.-Datum: Wohnort:
Krankenkasse: Beruf:
priv. Zusatz:
Telefon privat: Telefon dienstlich:
E-Mail Adresse:
Behandelnde/r Frauenärztin/arzt
Adresse:
Wie haben Sie von uns erfahren?

Erster Tag der letzten Regelblutung:

Errechneter Entbindungstermin:

Invasive Diagnostik: ja /nein

Nackentransparenzmessung: ja/nein

falls ja, Ergebnis:

mütterliche Größe: cm

Gewicht (aktuell): kg

Alkohol: Nikotin:

Drogen:

väterliche Größe: cm

Alter: Jahre

Eigene allgemeine Erkrankungen/Operationen?:

Medikamenteneinnahme:

Allergien/Unverträglichkeiten:

Erkrankungen des Partners?:

Wie war der bisherige Schwangerschaftsverlauf?:

Vorausgegangene Schwangerschaften (einschließlich Aborte/Abbrüche):

Geburten (Entbindungsmodus, Geburtsgewicht, Entbindung in welcher Schwangerschaftswoche):

Erkrankungen der Kinder?:

Erkrankungen (angeborene Fehlbildungen, Entwicklungsstörungen, körperlich/geistige Behinderung, Chromosomenfehler, Erbkrankheiten, Thrombosen, Embolien, frühe Schlaganfälle):

Anmerkungen und Wünsche für die Untersuchung

Ich bestätige hiermit, bei der oben genannten Krankenkasse versichert zu sein, und bin darüber informiert, dass ohne gültigen Überweisungsschein, die erbrachten Leistungen als Privatliquidation zu zahlen sind.

Ort / Datum

Unterschrift der Patientin