



Anamnesebogen Schwangere

Geburtsdatum:

Name:

Vorname:

Name und Anschrift des Frauenarztes:

Adresse: _____

Tel. (privat): _____ Handy: _____ E-Mail: _____

Grund Ihres Besuchs:

Welche Untersuchungen oder Therapien wurden bisher schon durchgeführt?

Allgemeine Angaben:

Aktuelle Körpergrösse: _____ cm

Nichtraucherin: Raucherin:

Freizeitaktivitäten: _____



Beruf: _____

Familienanamnese

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Wievielte Schwangerschaft: _____

Wieviel Kinder: _____ In welchem Alter jetzt: _____

Komplikationen bei früheren Schwangerschaften? Wenn ja erläutern.

Informationen zur Schwangerschaft

Alter der Mutter bei der Geburt _____ Jahre

Spontanschwangerschaft In-vitro- Fertilisation (IVF, ICSI)

Medikamente während der Schwangerschaft (Antibiotika etc.)

nein ja, welche:

Gab/gibt es extreme Stressphasen / psychoemotionale Belastungen während der Schwangerschaft

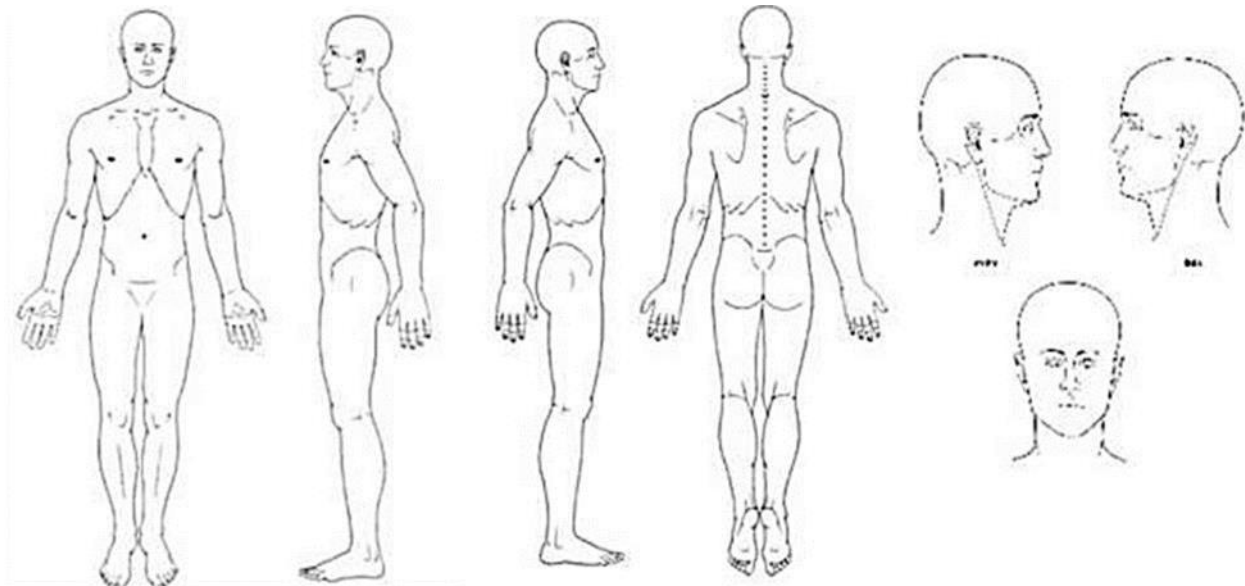
nein ja

SSW: _____ Errechneter Termin: _____



Wo befinden sich die Schmerzen?

Bitte markieren Sie den genauen Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung!



Beschreiben Sie Ihren Schmerz in einer Skala von 1 (sehr schwach) bis 10 (sehr stark):

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sehr schwach

sehr stark

(kaum spürbar)

(stärkster vorstellbarer Schmerz)

Seit wann haben Sie die Beschwerden? (Tage/Monate/Jahre)

Gab es vor dem ersten Auftreten der Beschwerden ein Ereignis (Impfung, Krankheit, seelische Belastung, Unfall, Medikamente etc.)? Bitte kurz beschreiben

Kam es zu einer Veränderung der Schmerzen?

nein ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben



Wie oft haben Sie die Schmerzen?

- immer mehrmals am Tag wöchentlich seltener
-

Wann treten die Schmerzen auf?

- tagsüber bei Belastung nachts beim Aufstehen im Liegen
 nach dem Essen im Ruhezustand
-

Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen? (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung, Stress etc.)

Was lindert die Schmerzen? (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung, Ablenkung etc.)

Beschreiben Sie bitte Ihr Schmerzempfinden (ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krabbelnd, krampfend, klopfend, reissend, beengend, dumpf etc.) _____

Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?

- Schwellungen Schweissbildung Taubheitsgefühl Schwindel Kribbeln
 Berührungsempfindlichkeit Hautrötungen Muskelschwäche Blässe
 Bewegungseinschränkungen Seh – oder Hörstörungen Koordinationsstörungen
 Sonstiges – bitte kurz beschreiben _____

Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt und mit welchem Erfolg?



Verletzungen (auch aus der Kindheit):

- Unfälle _____
- Knochenbrüche _____
- Kopfverletzungen _____
- Stürze _____
- Sportunfälle _____

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

- Bluthochdruck Gicht Diabetes Gerinnungsstörung
- Gefässerkrankungen (z.B. Krampfadern, Hämorrhoiden, PAVK)
- _____
- _____

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen von folgenden Organen?

- Gehirn Nervensystem Lunge Magen-Darm-Trakt
- Nieren Blase Leber Gebärmutter Galle
- Herz Bauchspeicheldrüse Schilddrüse Milz
- _____

Verdauungsbeschwerden

- Sodbrennen nervöser Magen Durchfall Verstopfung Blähungen
- _____

Haben Sie Probleme beim

- Stuhlgang Wasserlassen
- _____

Leiden Sie unter

- Schlafstörungen Konzentrationsschwäche Gereiztheit Stimmungsschwankungen
- Unruhe Arbeitsproblemen Angstgefühlen Leistungsabfall



- Überforderung Familienprobleme Stress andere Probleme

Bitte kurz erläutern

Essgewohnheit:

- vegan vegetarisch Allesesser überwiegend Fastfood

besondere Diät, welche?

Allergien – wenn ja, welche? _____

Unverträglichkeiten/ Intoleranz, wenn ja –welche?

Trinkgewohnheit: Ich trinke ca. ___ Liter am Tag.

Trinken Sie Alkohol?

- nein ja - wenn ja, bitte kurz beschreiben wie oft _____

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

Sehr wenig-----Sehr stark

Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten? Nur Eltern und Geschwister

Nehmen Sie regelmässig Medikamente oder andere Substanzen ein?

Wurden Sie schon mal operiert? Nein

Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben



MERIAN SANTÉ

Physio, Ernährung
und Training

Welche Narkose haben Sie erhalten

Vollnarkose Teilnarkose PDA (Rückennarkose)

Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden?

Nein Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben

Welche Krankheiten hatten Sie bisher? (Auch Kinderkrankheiten) Bitte kurz beschreiben

Möchten Sie noch etwas ergänzen das nicht nachgefragt wurde?

Vielen Dank für Deine /Ihre Bemühungen!

Auf eine gute Zusammenarbeit

Ihre Therapeutin

Cécile Biner

Physiotherapeutin FH mit Zusatz in Osteopathie

T +41 61 544 06 31

cecile.biner@meriansante.ch