

Anamnesebogen Schwangerschaft

Bitte füllen Sie den Bogen vollständig und gut lesbar aus. Die Angaben helfen, die Behandlung an die Schwangerschaft anzupassen und mögliche Gegenanzeigen frühzeitig zu erkennen. Der Bogen ersetzt keine gynäkologische, hebammengeleitete oder geburtshilfliche Untersuchung.

1 | Persönliche Angaben

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Beruf / Tätigkeit _____

Straße / Hausnr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Krankenkasse: ☐ GKV ☐ PKV Name: _____

Zusatzversicherung: _____

2 | Aktuelle Schwangerschaft

Errechneter Termin _____ Aktuelle SSW _____ Einling / Mehrlinge _____

☐ Schwangerschaft bisher unauffällig ☐ Risikoschwangerschaft ☐ Mutterpass vorhanden

3 | Aktuelles Anliegen

Was führt Sie zu uns? Seit wann bestehen die Beschwerden?

Schmerzintensität:



Aktuelle Stressbelastung:



☐ Rücken / LWS ☐ Becken / ISG ☐ Symphyse / Leiste

☐ Nacken / Schulter ☐ Rippen / Brustkorb ☐ Kopf / Kiefer

☐ Bein / Ischias ☐ Hand / Karpaltunnel ☐ Beckenboden

Was verbessert oder verschlechtert die Beschwerden?

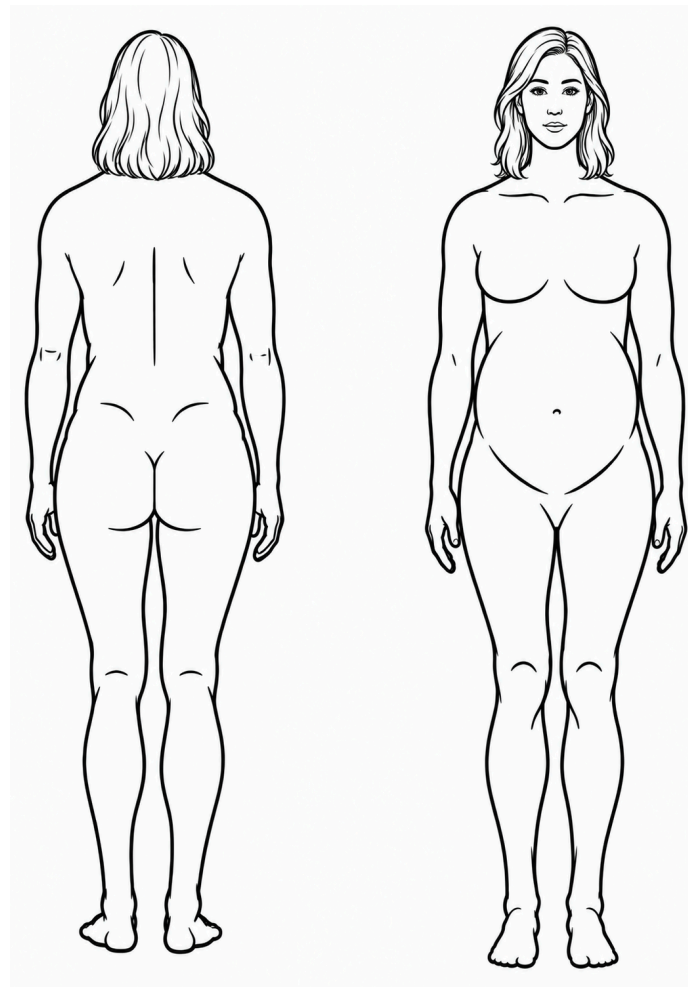
Behandlungsziel / Erwartungen:

Beschwerden & Körperkarte

ZUM EINZEICHNEN

Bitte markieren oder schraffieren Sie die betroffenen Bereiche. Mögliche Zeichen: X = Hauptbeschwerde, O = Ausstrahlung, Pfeil = Verlauf. Bitte kennzeichnen Sie keine Untersuchungsbefunde, sondern Ihre eigene Wahrnehmung.

4 | Körperkarte



RÜCKSEITE

VORDERSEITE

5 | Art und Verlauf der Beschwerden

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ dumpf / drückend | ☐ stechend | ☐ brennend |
| ☐ ziehend | ☐ pochend | ☐ kribbelnd |
| ☐ taub | ☐ ausstrahlend | ☐ bewegungsabhängig |
| ☐ plötzlich | ☐ schleichend | ☐ wiederkehrend |
| ☐ dauerhaft | ☐ nachts stärker | ☐ belastungsabhängig |

Zusätzliche Hinweise zu den markierten Bereichen:

Aktueller Schwangerschaftsverlauf

Bitte kreuzen Sie auch bereits abgeklärte oder inzwischen gebesserte Punkte an und ergänzen Sie Diagnose, Schwangerschaftswoche sowie das Ergebnis der ärztlichen oder hebammengeleiteten Abklärung.

6 | Beginn und Verlauf

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ spontane Schwangerschaft | ☐ Kinderwunschbehandlung | ☐ IVF / ICSI |
| ☐ ungeplante Schwangerschaft | ☐ Einling | ☐ Mehrlinge |
| Größe vor Schwangerschaft _____ | Gewicht vorher _____ | Gewicht aktuell _____ |
| ☐ starke Übelkeit / Erbrechen | ☐ Blutungen | ☐ Infektion / Fieber |
| ☐ Unfall / Sturz | ☐ stationärer Aufenthalt | ☐ Bettruhe empfohlen |

Besonderheiten im ersten Schwangerschaftsdrittel:

7 | Ärztlich bekannte Befunde / Risiken

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Präeklampsie / HELLP | ☐ Schwangerschaftsdiabetes |
| ☐ Plazenta praevia / tiefer Sitz | ☐ Gebärmutterhals verkürzt | ☐ vorzeitige Wehen |
| ☐ Fruchtwasserauffälligkeit | ☐ Wachstumsauffälligkeit | ☐ Beckenendlage / Querlage |
| ☐ Rhesus-Konstellation | ☐ Thrombose / Embolie | ☐ Gerinnungsstörung |
| ☐ Mehrlingsschwangerschaft | ☐ Fehlbildung / Organbefund | ☐ Infektion in Schwangerschaft |
| ☐ sonstige Risikoeinstufung | ☐ keine dieser Angaben | ☐ noch in Abklärung |

Diagnose, SSW, aktueller Status und Empfehlungen:

8 | Schwangerschaftstypische Beschwerden

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Sodbrennen / Reflux | ☐ Verstopfung | ☐ Kurzatmigkeit |
| ☐ Schlafstörung | ☐ Wassereinlagerung | ☐ Wadenkrämpfe |
| ☐ Restless Legs | ☐ Karpaltunnel | ☐ Rundbandschmerz |
| ☐ Beckenbodenbeschwerden | ☐ Harnverlust | ☐ Schmerzen beim Geschlechtsverkehr |
| Lebensstil / Expositionen: | | |
| ☐ Nikotin aktuell | ☐ Alkohol aktuell | ☐ Cannabis / andere Drogen |

Weitere Beschwerden / bisherige Maßnahmen:

Frühere Schwangerschaften & Geburten

9 | Schwangerschaftsvorgeschichte

Anzahl Schwangerschaften gesamt ____ Geburten ____ Fehlgeburten ____ Abbrüche ____

Eileiterschwangerschaften ____ Frühgeburten ____ Kaiserschnitte ____

☐ erste Schwangerschaft

☐ frühere Schwangerschaft(en) unauffällig

☐ Angaben siehe Tabelle

Nr.	Jahr	SSW	Verlauf	Geburtsart	Besonderheiten
1					
2					
3					
4					

SSW = Schwangerschaftswoche. Bei Verlauf können Sie z. B. Geburt, Fehlgeburt, Eileiterschwangerschaft oder Abbruch eintragen.

10 | Frühere Komplikationen

☐ Präeklampsie / HELLP

☐ Schwangerschaftsdiabetes

☐ vorzeitige Wehen

☐ Frühgeburt

☐ Plazentaproblem

☐ starke Blutung

☐ Thrombose / Embolie

☐ Geburtsverletzung

☐ Dammriss / -schnitt

☐ Saugglocke / Zange

☐ ungeplanter Kaiserschnitt

☐ Wochenbettkomplikation

Art, Schwangerschaft / Geburt, Behandlung und heutige Relevanz:

11 | Aktuelle Geburtsplanung

☐ Klinik

☐ Geburtshaus

☐ Hausgeburt

☐ noch offen

☐ Hebamme begleitet

☐ Geburtsmodus besprochen

Geplanter Geburtsort ____

Vorstellung erfolgt am ____

Wünsche, Sorgen oder wichtige Erfahrungen im Hinblick auf die Geburt:

Gesundheit & Behandlungssicherheit

12 | Erkrankungen, Operationen und Medikamente

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Herz / Kreislauf | ☐ Bluthochdruck | ☐ Lunge / Asthma |
| ☐ Diabetes | ☐ Schilddrüse | ☐ Niere / Leber |
| ☐ Epilepsie | ☐ Migräne | ☐ Osteoporose |
| ☐ Bandscheibe | ☐ Rheuma / Entzündung | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Gerinnungsstörung | ☐ Thrombose / Embolie | ☐ psychische Erkrankung |

Diagnosen, Operationen, Unfälle oder Krankenhausaufenthalte:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ keine regelmäßigen Medikamente | ☐ Blutverdünner | ☐ Blutdruckmittel |
| ☐ Insulin / Diabetesmittel | ☐ Schilddrüsenmittel | ☐ Schmerzmittel |
| ☐ Kortison | ☐ Psychopharmaka | ☐ Nahrungsergänzung |

Präparat, Dosierung und Grund; Allergien / Unverträglichkeiten:

13 | Aktuelle Warnzeichen

Bei einem der folgenden Zeichen ist vor einer Behandlung eine zeitnahe ärztliche oder geburtshilfliche Abklärung erforderlich. Bei starken, plötzlich einsetzenden oder bedrohlichen Beschwerden wenden Sie sich sofort an 112 oder die zuständige Geburtsklinik.

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ vaginale Blutung | ☐ Fruchtwasserabgang | ☐ regelmäßige schmerzhafte Wehen |
| ☐ starker / anhaltender Bauchschmerz | ☐ starker neuer Kopfschmerz | ☐ Sehstörung / Flimmern |
| ☐ Oberbauchschmerz | ☐ plötzliche starke Schwellung | ☐ Brustschmerz / Atemnot |
| ☐ Ohnmacht / Bewusstseinsstörung | ☐ einseitig geschwollenes Bein | ☐ Kindsbewegungen deutlich weniger |

Falls angekreuzt: seit wann, Stärke, bereits abgeklärt durch / Ergebnis:

14 | Behandlungshinweise und Bestätigung

Dieser Bogen bereitet Anamnese und Untersuchung vor. Eine osteopathische oder chiropraktische Behandlung erfolgt nur nach individueller Befundung, unter Berücksichtigung der Schwangerschaft und möglicher Gegenanzeigen. Sie ersetzt weder Vorsorge noch ärztliche oder hebammengeleitete Diagnostik.

Vor einer konkreten Maßnahme werden Vorgehen, Alternativen und wesentliche Risiken persönlich erläutert. Das Ausfüllen dieses Bogens ist keine pauschale Einwilligung in Manipulationen oder andere Behandlungsmaßnahmen.

Ich bestätige meine Angaben nach bestem Wissen und informiere die Praxis über neue Beschwerden, Diagnosen, Medikamente oder Änderungen des Schwangerschaftsverlaufs.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Datenschutz & interne Dokumentation

INFORMATION NACH ART. 13 DSGVO

Verantwortlicher

Osteopathie & Chiropractic Care, Reiner Kiehlmann, Master of Science (Chiropraktik), Heilpraktiker, Am Saum 3, 37120 Bovenden. Telefon 0551 5085312, E-Mail info@occ-goettingen.de.

Zwecke, Datenarten und Rechtsgrundlagen

Wir verarbeiten Stamm-, Kontakt-, Termin-, Abrechnungs- und Gesundheitsdaten zur Anbahnung und Durchführung des Behandlungsvertrags, zur Behandlung und Dokumentation, zur Abrechnung sowie zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten. Rechtsgrundlagen sind insbesondere Art. 6 Abs. 1 Buchst. b und c DSGVO. Gesundheitsdaten verarbeiten wir nach Art. 9 Abs. 2 Buchst. h DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b BDSG. Freiwillige Verarbeitungen beruhen auf Art. 6 Abs. 1 Buchst. a und gegebenenfalls Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DSGVO.

Empfänger, Speicherdauer und Rechte

Zugriff erhalten nur befugte, zur Vertraulichkeit verpflichtete Personen. Daten werden nur übermittelt, wenn dies für Behandlung oder Abrechnung erforderlich, gesetzlich vorgeschrieben oder gesondert erlaubt ist. Eine Drittlandübermittlung ist nicht beabsichtigt. Die Behandlungsakte wird grundsätzlich zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630f Abs. 3 BGB), sofern keine längeren gesetzlichen Fristen oder berechtigten Gründe entgegenstehen.

Im Rahmen der gesetzlichen Voraussetzungen bestehen Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und - soweit einschlägig - Widerspruch. Eine Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Beschwerden können an den Landesbeauftragten für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, gerichtet werden.

Freiwillige Kontakt-Einwilligung

☐ Terminerinnerungen erlaubt über: ☐ Telefon / SMS ☐ E-Mail

Freiwillig und jederzeit für die Zukunft widerruflich; eine Ablehnung beeinflusst die Behandlung nicht.

☐ Datenschutzhinweise erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

15 | Vom Behandelnden auszufüllen

Anamnese erhoben am _____ Behandler _____

☐ keine Gegenanzeigen erkennbar ☐ Rücksprache empfohlen ☐ Behandlung zurückgestellt

Relevante Befunde / Gegenanzeigen / Rücksprachebedarf:

Geplantes Vorgehen / individuelle Aufklärung / Entscheidung:

Datum / Uhrzeit _____ Handzeichen Behandler _____

Hinweis für die Praxis: Diese Vorlage ersetzt keine individuelle rechtliche, datenschutzrechtliche oder fachliche Prüfung. Vor dem Einsatz sind insbesondere Datenschutzerklärung, Aufbewahrungsfristen, Einwilligungsprozesse und der konkrete Behandlungsstandard der Praxis zu prüfen.