



Erst-Anamnesebogen LAUFMAMALAUF „Ganz-schön-schwanger“-Kurs

(Sämtliche Daten sind freiwillig und werden vertraulich behandelt.)

1. Persönliche Daten

| | | |
|--|-----------|-----------------------|
| Vorname: | Nachname: | Geburtsdatum: |
| Gewicht vor SS/ Gewicht aktuell: kg | kg / | Größe: |
| BMI <u>vor</u> der Schwangerschaft: | | BMI=kg/m ² |

2. Sportliche Aktivitäten

Wie schätzt Du Deinen aktuellen Fitness- und Trainingszustand ein?

Wenig trainiert
 Trainiert
 Gut trainiert

Betreibst Du aktuell Sport? Welche Sportart? Wie oft?

Welche Ziele / Wünsche hast Du für das LAUFMAMALAUF-Training?

3. Schwangerschaft

Wann ist Dein berechneter Entbindungstermin? Und in welcher SSW befindest Du Dich gerade?

Handelt es sich um eine Mehrlingsschwangerschaft?

Nein
 Zwillinge
 Drillinge

Hast Du weitere Kinder? Wenn ja, wie alt sind diese?

Wenn ja, gab es Beschwerden / Komplikationen während dieser / diesen Schwangerschaft(en)? Welche?

Bist Du aktuell schon in Betreuung bei einer Hebamme? Wenn ja, bei wem?

Name, Vorname:

Leidest Du an einer der folgenden Erkrankungen / Einschränkungen? (mit * gekennzeichnet: absolute Trainingsausschlusskriterien)

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Unvollständig geschlossener Muttermund?* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vorzeitige Wehen?* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Placenta praevia (Fehllage der Placenta in der Nähe des Gebärmutterhalses)?* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bluthochdruck (chronisch oder schwangerschaftsinduziert)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anhaltende Blutungen?* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fruchtwasserausfluss?* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Beckenbodenbeeinträchtigungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzerkrankungen?* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzrhythmusstörungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |



| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Eingeschränkte Lungenkapazität?* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Asthma? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vorbestehende Diabetes? Schwangerschaftsdiabetes? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Epilepsie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hyperthyreose? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Besteht bei Deinem Kind eine ... | | |
| ... intrauterine Wachstumsrestriktion (Entwicklungsstörung des Kindes)?* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Durch welche(n) Frauenarzt/ Frauenärztin wirst Du betreut?

Name, Vorname:

4. Allgemeiner Gesundheitszustand

Warst Du in den letzten sechs Monaten ernsthaft krank?

Ja Nein Beschreibung

Bist Du aktuell in ärztlicher Behandlung? Wofür?

Ja Nein Beschreibung

Leidest Du unter Erkrankungen des Bewegungsapparats?

Ja Nein Beschreibung

Nimmst Du regelmäßig Medikamente?

Ja Nein Beschreibung

Gab es Sportverletzungen? Frühere Operationen?

Ja Nein Beschreibung

5. Wohlbefinden

Wie schätzt Du aktuell Dein körperliches Wohlbefinden auf einer Skala von 1-10 ein (10 entspricht Optimum)?

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Bemerkungen

Wie schätzt Du aktuell Dein psychosoziales Wohlbefinden auf einer Skala von 1-10 ein (10 entspricht Optimum)?

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Bemerkungen

Gibt es sonst noch etwas, was wichtig ist / was wir wissen sollten?

6. Bestätigung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben und dass ich meine Gynäkologin/ meinen Gynäkologen über die Teilnahme am „Ganz-schön-schwanger“-Kurs informiert habe und dieser einer Teilnahme zustimmt.

| | | |
|------|--------|----------------------------|
| Ort: | Datum: | Unterschrift Teilnehmerin: |
| Ort: | Datum: | Unterschrift Gynäkologe |