

Erst-Anamnesebogen

Sämtliche Daten von Ihnen und Ihrem Baby werden vertraulich behandelt!

1. Persönliche Daten

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

2. Sportliche Aktivitäten

Waren Sie vor Ihrer Schwangerschaft sportlich aktiv? Was? Wie oft?

Welche Ziele / Wünsche haben Sie für diesen Rückbildungskurs?

Wie viel Zeit werden Sie sich pro Woche für das Training nehmen können?

3. Schwangerschaft / Geburt / Wochenbett

Wann haben Sie entbunden? Wo?

Haben Sie weitere Kinder? Wenn ja, wie alt sind diese?

Welche Beschwerden hatten Sie während der Schwangerschaft (Blutungen, Wassereinlagerungen, Rückenschmerzen, etc.)?

Wie verlief die Geburt?

Spontangeburt

Kaiserschnitt

Besonderheiten

Haben Sie schwangerschafts- oder geburtsspezifische Verletzungen erlitten? Haben Sie dadurch noch immer Einschränkungen?

Wie verliefen die ersten sechs Wochen Ihres Wochenbetts?

Durch welche Hebamme wurden Sie im Wochenbett betreut?

Name, Vorname:

Haben Sie Beckenbodenbeschwerden (Inkontinenz, Druck nach unten, fehlende Stabilität, Schmerzen, etc.)?

Ja Nein Beschreibung

Stillen Sie? Welche Besonderheiten (Brustentzündungen etc.) gab oder gibt es?

Ja Nein Besonderheiten

Haben Sie die gynäkologische Kontrolluntersuchung nach der Entbindung erfolgreich absolviert? Hinweise / Einschränkungen / Auflagen?

Ja Nein Hinweise

4. Allgemeiner Gesundheitszustand

Waren Sie in den letzten sechs Monaten ernsthaft krank?

Ja Nein Wenn Ja, bitte beschreiben

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? Wofür?

Ja Nein Wenn Ja, bitte beschreiben

Leiden Sie unter Erkrankungen des Bewegungsapparats oder des Herz-Kreislaufsystems oder sonstigen Erkrankungen?

Ja Nein Wenn Ja, bitte beschreiben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein Beschreibung

Gab es Sportverletzungen? Frühere Operationen?

Ja Nein Beschreibung

5. Psychosoziales Wohlbefinden

Leiden Sie aktuell – gelegentlich / häufig - unter folgenden Symptomen?

<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Heißhunger	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit
<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung

Sonstige Bemerkungen zu Rahmenbedingungen (soziale Unterstützung, Familiensituation, Kinderbetreuung, Berufstätigkeit, etc.)?

Three empty text input fields for additional remarks.

Ort:

Datum:

Unterschrift Teilnehmerin: