

Erst-Anamnesebogen AJsports für Schwangere

(Sämtliche Daten sind freiwillig und werden vertraulich behandelt.)

1. Persönliche Daten

Vorname:	Nachname:	Geburtsdatum:
Gewicht vor SS/ Gewicht aktuell: kg / kg	Größe:	

2. Sportliche Aktivitäten

Wie schätzt Du Deinen aktuellen Fitness- und Trainingszustand ein?

<input type="checkbox"/> Wenig trainiert	<input type="checkbox"/> Trainiert	<input type="checkbox"/> Gut trainiert
--	------------------------------------	--

Betreibst Du aktuell Sport? Welche Sportart? Wie oft?

Welche Ziele / Wünsche hast Du für das Training?

3. Schwangerschaft

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

Handelt es sich um eine Mehrlingsschwangerschaft?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zwillinge	<input type="checkbox"/> Drillinge
-------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

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

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

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

4. Allgemeiner Gesundheitszustand

Warst Du in den letzten sechs Monaten ernsthaft krank?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Beschreibung
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Bist Du aktuell in ärztlicher Behandlung? Wofür?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Beschreibung
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Leidest Du unter Erkrankungen des Bewegungsapparats?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Beschreibung
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Nimmst Du regelmäßig Medikamente?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Beschreibung
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Gab es Sportverletzungen? Frühere Operationen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 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

Datum: