

FIT FÜR MICH

Anamnesebogen



<u>Vor- & Nachname:</u>	<u>Größe:</u>
<u>Geburtsdatum:</u>	<u>Gewicht:</u>
<u>Aktuelle Lebensverhältnisse (berufl./privat/Sport):</u>	

Nebenerkrankungen/Medikamente:


Aktuelle Beschwerden: (bitte zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/>	Beckenschmerzen
<input type="checkbox"/>	Kiefernverspannungen
<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen
<input type="checkbox"/>	Rektusdiastase/Bauchwandinstabilität
<input type="checkbox"/>	Verstopfungen
<input type="checkbox"/>	Atemwegserkrankung
<input type="checkbox"/>	Fremdkörpergefühl/Druckgefühl -> falls ja, wird bereits ein Pessar genutzt?
<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz (z.B. beim Husten)
<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz
<input type="checkbox"/>	schmerzhafter Geschlechtsverkehr
<input type="checkbox"/>	Depression
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Anzahl Schwangerschaften / Geburten:

Geburtsdaten:

Wie hast du die Geburt Deines letzten Kindes erlebt?



Kreuze bitte auf die letzte Geburt bezogen zutreffendes an:

<input type="checkbox"/>	Bauchgeburt: geplant / ungeplant
<input type="checkbox"/>	Vaginalgeburt
<input type="checkbox"/>	Saugglocke, Zange
<input type="checkbox"/>	Kristeller Handgriff
<input type="checkbox"/>	Dammschnitt
<input type="checkbox"/>	Narkose; Narkoseart:
<input type="checkbox"/>	Dammriss, Grad:
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Gab es Besonderheiten während Schwangerschaft, Wochenbett o.

Rückbildung?

Was erhoffst / wünschst Du Dir von dem Kurs?