

Sehr geehrte Frau

Nachname, Name: _____ Geb.-Datum: _____

herzlichen Glückwunsch! Bei Ihnen wurde heute eine Schwangerschaft festgestellt. Neben all den Eindrücken und Ereignissen soll beim nächsten Termin der Mutterpass angelegt werden. Hierfür benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte beantworten Sie daher zu Hause in Ruhe die folgenden Fragen und bringen Sie das ausgefüllte Blatt zur nächsten Untersuchung wieder mit.

Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, so lassen Sie diese offen. Mögliche Unklarheiten werde ich persönlich mit Ihnen besprechen. **Bitte tragen Sie Ihren Mutterpass immer bei sich!**

Alter: _____ Jahre Gewicht vor der SS: _____ kg Größe: _____ m

Anzahl bisheriger Schwangerschaften: _____ Anzahl Geburten: _____

In welchen Abständen kommt normalerweise Ihre Blutung? _____

Wann war der erste Tag Ihrer letzten Blutung? _____

Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen oder Belastungen?

Zuckerkrankheit ☐ nein ☐ jaBluthochdruck ☐ nein ☐ jaAngeborene Fehlbildungen ☐ nein ☐ jaLunge ☐ nein ☐ jaErbkrankheiten ☐ nein ☐ jaVeranlagung zu psychischen Erkrankungen ☐ nein ☐ jaBesteht eine verwandtschaftliche Beziehung zu Ihrem Partner? ☐ nein ☐ ja

Die folgenden Fragen beziehen sich auf wichtige Bereiche Ihrer eigenen Vorgeschichte:
Waren Sie an den folgenden Organen schon einmal schwer erkrankt?

Herz ☐ nein ☐ ja

Lunge ☐ nein ☐ ja

Leber ☐ nein ☐ ja

Nierensystem ☐ nein ☐ ja

Psyche ☐ nein ☐ ja

1. Besteht bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung? ☐ nein ☐ ja

2. Neigen Sie zu Venenentzündungen oder Krampadern? ☐ nein ☐ ja

3. Haben Sie Allergien? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, gegen welche Stoffe? _____

4. Erhielten Sie schon einmal eine Bluttransfusion? ☐ nein ☐ ja

5. Bestehen bei Ihnen Skelettveränderungen, z. B. auch in Folge eines Unfalls? ☐ nein ☐ ja

6. Wie viele Ihrer Schwangerschaften endeten mit einer Fehlgeburt? _____

7. Haben Sie bereits eine Totgeburt erlebt? ☐ nein ☐ ja

8. Gab es Schwierigkeiten bei vorangegangenen Schwangerschaften? ☐ nein ☐ ja

9. Wurde bei Ihnen schon einmal ein Kaiserschnitt durchgeführt? ☐ nein ☐ ja

10. Wurden Sie schon einmal an der Gebärmutter operiert? ☐ nein ☐ ja

11. Haben Sie eine Sterilitätsbehandlung erhalten? ☐ nein ☐ ja

Hannover, den _____

Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Arzt/Ärztin