

Liebe werdende Mutter !

Nachdem nun feststeht, dass Sie schwanger sind, ist beim nächsten Termin die erste Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung vorgesehen. Gleichzeitig wird der Mutterpass angelegt.

Falls Sie im Besitz eines alten Mutterpasses, eines Impfausweises und/oder eines Blutgruppenausweises sind, bringen Sie diese Unterlagen bitte mit.

Beantworten Sie bitte die unten stehenden Fragen zuhause in aller Ruhe und bringen Sie das ausgefüllte Blatt beim nächsten Termin bitte wieder mit.

Sollte eine Frage unklar sein, so lassen Sie sie bitte offen. Wir gehen die Punkte mit Ihnen, wenn nötig, noch einmal gemeinsam durch, bevor ein Eintrag in den Mutterpass erfolgt.

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Strasse:	PLZ, Ort:	
Telefon:	Mobil:	e-mail:

Alter:

Größe:

Gewicht:

Alter des Partners:

Wie oft waren Sie bereits schwanger ?:

Wie viele Geburten hatten Sie bereits ?:

Wie lang war der Abstand zwischen zwei Periodenblutungen ?:

Wann begann die letzte Periodenblutung vor der Schwangerschaft ?:

Haben Sie früher die Pille genommen, wenn ja welche ?:

..und bis wann ?:

Wissen Sie das Datum, an dem die Schwangerschaft entstanden sein könnte ?:

Hatten Sie in der letzten Zeit Kontakt zu Menschen, die an Röteln, Masern, Windpocken, Gelbsucht oder einer anderen Infektionskrankheit erkrankt waren oder sind ?:

Bei welchen Ärzten sind Sie außerdem in Behandlung ?:

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein ?:

Rauchen Sie, haben Sie geraucht ? Bis wann ?:

.. und wie viele Zigaretten ?:

Trinken Sie Alkohol ? Wenn ja, wie viel und wie oft ?:

Ich wünsche im Zusammenhang mit der Mutterschaftsvorsorge einen HIV-Test (Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung), und bin mit dem Eintrag des Befundes in den Mutterpass einverstanden ?:

ja nein

1) Gibt es in Ihrer Familie

Zuckerkrankheit

ja nein

Bluthochdruck

ja nein

Angeborene Fehlbildungen

ja nein

Erbkrankheiten

ja nein

Seelische Erkrankungen

ja nein

2) Waren Sie schon einmal ernsthaft erkrankt an

Herz

ja nein

Lunge

ja nein

Leber

ja nein

Niere

ja nein

Nervensystem

ja nein 3) Besteht bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung ?
oder neigen Sie zu Venenentzündungen ?ja nein ja nein

4) Haben Sie Allergien, wenn ja, gegen welche Stoffe ?

ja nein

5) Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion ?

ja nein

- 6) Besteht bei Ihnen eine seelische Belastung, z.B. durch Beruf oder Familie ? ja nein
- 7) Bestehen besondere wirtschaftliche Probleme ? ja nein
- 8) Gab es bei Ihnen früher Rhesus-Unverträglichkeiten ? ja nein
- 9) Sind Sie ...zuckerkrank ? ja nein
- 10) ...übergewichtig ? ja nein
- 11) ...kleinwüchsig ? ja nein
- 12) ...erkrankt am Skelett-System ? ja nein
- 13) ...unter 18 Jahre alt ? ja nein
- 14) ...über 35 Jahre alt ? ja nein
- 15) Haben Sie mehr als vier Kinder geboren ? ja nein
- 16) Wurden Sie oder Ihr Partner wegen Kinderwunsch behandelt ? ja nein
- 17) Hatten Sie schon einmal eine Frühgeburt ? ja nein
- 18) Haben Sie schon einmal ein zu kleines oder zu leichtes Kind geboren ? ja nein
- 19) Hatten Sie schon einmal Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche ? ja nein
- 20) Hatten Sie schon einmal eine Totgeburt oder ein Kind mit Fehlbildungen ? ja nein
- 21) Gab es Schwierigkeiten...
 ...bei vorangegangenen Schwangerschaften ? ja nein
- 22) ...bei vorangegangenen Geburten ? ja nein
- 23) Hatten Sie schon einmal einen Kaiserschnitt ? ja nein
- 24) Wurden Sie schon einmal an der Gebärmutter operiert ? ja nein
- 25) Liegt der Beginn der letzten Schwangerschaft weniger
 als 12 Monate zurück ? ja nein
- 26) Andere Besonderheiten ? _____

 Datum:

 Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Bitte vergessen Sie diesen Zettel nicht, wenn Sie uns das nächste Mal besuchen.

Ihr

LARA
 Praxis für Frauengesundheit

- Team