

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:	e-mail:
Strasse:	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobil:

Alter Größe Gewicht Alter des Partners

Wie oft waren Sie bereits schwanger?

Wie viele Geburten hatten Sie bereits?

1. Gibt es in Ihrer Familie oder bei Ihnen

Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angeborene Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Seelische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2. Waren Sie schon einmal ernsthaft erkrankt an

Herz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lunge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervensystem	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

3. Besteht bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung? oder neigen Sie zu Venenentzündungen?

Herz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lunge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4. Bestehen besondere wirtschaftliche Probleme?

ja nein

5. Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion?

ja nein

6. Schwangerschaften und vorausgehende Geburten

Monat/ Jahr	Entbindungsart (Spontan, Kaiserschnitt, Fehlgeburt, Eileiter- schwangerschaft, Saugglockengeburt)	Schwanger- schaftsdauer	Geschlecht (w, m)	Kind gesund	Erkrankung
1.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Besonderheiten während der Schwangerschaften:

.....

.....

.....

8. Schwangerschaften nach Sterilitätstherapie entstanden: nein ja

.....

.....

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

10. Liegt der Beginn der letzten Schwangerschaft weniger als 12 Monate zurück? ja nein

11. Rauchen Sie? ja nein

12. Andere Besonderheiten? ja nein

Wenn ja, welche?

.....

.....

13. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

.....

.....

Ort, Datum: Unterschrift: