



zu Ihrer Person

Name:

Vorname:

Straße, HNr:

PLZ | Ort:

Telefon: E-Mail:

Geburtsdatum: Größe cm: Gewicht kg:

Kindsvater Alter:

Ihr Beruf: Arbeitgeber:

Liebe werdende Mutter!

Bei Ihrem nächsten Termin ist Ihre erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft geplant. Dabei wird die Anamnese, eine gynäkologische Untersuchung, Blutabnahme sowie eine Ultraschalluntersuchung in Vorbereitung für die Erstellung Ihres Mutterpasses durchgeführt.

Sofern Sie im Besitz eines Blutgruppenausweises, Impfpasses und/oder Mutterpasses sind, bringen Sie diese Unterlagen zu diesem Termin mit.

Bitte beantworten Sie auch die folgenden Fragen, damit wir uns ein umfassendes Bild Ihres Gesundheitszustandes und möglicher Risikofaktoren machen können.

Regelanamnese

Wie verlief Ihr bisheriger Zyklus? Letzte Regel: (Datum) Zyklus-Dauer: / (z.B. 28Tage / 4 Tage Blutung)

Wurde früher die sog. Antibabypille eingenommen? Ja Nein **Wenn ja, bis wann?** (Monat/Jahr)

Wissen Sie, wann die Schwangerschaft in etwa eingetreten ist? Ja Nein **Wenn ja, wann?** (Tag oder Woche)

Füllen Sie den folgenden Abschnitt „SCHWANGERSCHAFTEN“ nur aus, wenn Sie NEUPATIENTIN sind.

SCHWANGERSCHAFTEN

Anzahl:
(alle Schwangerschaften, incl. Abbruch, etc.)

Ja Nein **Wenn ja, bitte nähere Angaben zum Verlauf...**

(weitere Informationen)

Geburtsjahr:

Geburt Normal (N) / Kaiserschnitt (KS):

Kindsgewicht in Gramm:

Woche:

Geschlecht männlich(M) / weiblich(W):

Komplikationen:

	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Geburtsjahr:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburt Normal (N) / Kaiserschnitt (KS):	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> KS	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> KS	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> KS	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> KS
Kindsgewicht in Gramm:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Woche:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht männlich(M) / weiblich(W):	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Komplikationen:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Risikofaktoren

Hatten Sie in der letzten Zeit Kontakt mit Personen (auch Kindern), die an Infektionen erkrankt waren?

Ja Nein **Wenn ja, mit welchen Infektionen?**

Röteln Windpocken Masern

Zytomegalie

(weiter Infektionen)

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wie viel?	<input type="text"/>
				(Anzahl täglich)
Besteht Alkoholgenuss?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wie oft?	<input type="text"/>
				(täglich, wöchentl., ab und zu)

Medikamenteneinnahme

<input type="checkbox"/> Schilddrüsentabletten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Regelmäßige Einnahme von...	<input type="text"/>
			Blutverdünnung	<input type="text"/>
			(z.B. Marcumar, ASS (Aspirin), etc.)	(sonstige)

Risiko - HIV

Fast jede dritte HIV-positive Schwangere erfährt erst durch den Test, dass sie infiziert und Trägerin des AIDS-Virus ist. Durch eine gezielte Therapie kann das Risiko einer Übertragung von der Mutter auf das Kind auf unter 1% gesenkt werden. Aus diesem Grund wird der Test ausdrücklich empfohlen. Da hierbei eine absolute Schweigepflicht gilt, erfolgt über das Testergebnis **keine** Eintragung in den Mutterpass.

Sind Sie mit einem HIV-Test einverstanden? Ja Nein

Erkrankungen in der Familie

<input type="checkbox"/> Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?	<input type="text"/>
			Bluthochdruck	<input type="text"/>
			Diabetes	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen (Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Schlaganfall)			seelische Erkrankungen	<input type="text"/>
			Missbildungen (angeboren z.B. Herz, Harnwege, Skelett, ...)	<input type="text"/>

(Platz für nähere Angaben zu den einzelnen Erkrankungen)

eigene Erkrankungen

<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?	<input type="text"/>
			Gerinnungsstörungen	<input type="text"/>
			Venenentzündung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes			Allergien (Nahrung, Medikamente, ...)	<input type="text"/>
			schwere Organerkrankungen (Herz, Lunge, Leber, Niere, Nervensystem, ...)	<input type="text"/>

(Platz für nähere Angaben zu den einzelnen Erkrankungen)

weiteres

Erhielten Sie schon einmal eine Bluttransfusion? Ja Nein Wenn ja, wann?

(Monat/Jahr)

Bestehen bei Ihnen Skelett-Veränderungen z.B. auch infolge eines Unfalls? Ja Nein Wenn ja, wo?

(Bereich)

Gab es bei vorangegangenen Schwangerschaften Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Ihrem Rhesus-Faktor? Ja Nein

Belastungen

Stehen Sie unter seelischer Belastung? Ja Nein Wenn ja, wo Familie Beruf

Wenn Beruf, liegt Ihnen eine Gefährdungsbeurteilung vor? Ja Nein

Befinden Sie sich in einer schwierigen Lebenslage? Ja Nein Wenn ja, möchten Sie Informationen zu einer Familienhebamme oder „FRÜHE HILFEN“ Ja Nein

Ihre Schwangerschaft(en)

Gab es Probleme schwanger zu werden? **Ja** **Nein** **Wenn ja, wie wurde es gelöst?**

künstliche Befruchtung

Hormontherapie

(anderes Verfahren)

Nehmen Sie noch Medikamente? **Ja** **Nein** **Wenn ja, welche?**

(Platz für weitere Angaben)

Gab es Schwierigkeiten bei vorangegangenen Schwangerschaften? **Ja** **Nein** **Wenn ja, welche?**

(Platz für nähere Angaben)

Hatten Sie schon einmal nach einer Entbindung irgendwelche Komplikationen? **Ja** **Nein** **Wenn ja, welche?**

(Platz für nähere Angaben)

Waren Sie in den letzten 12 Monaten schon einmal schwanger? **Ja** **Nein**

Gibt es andere Besonderheiten? **Ja** **Nein** **Wenn ja, welche?**

(Platz für weitere Angaben)

weitere Anliegen

(z.B. Fragen, Anmerkungen,...)

(Ort, Datum)

(Ihre Unterschrift)

Vielen Dank.