

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

Geburtsdatum

Straße, Nr.

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? 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? 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

Bitte wenden ↗



Gibt es in Ihrer Familie:

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

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

Besteht bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung? ja nein
Haben Sie Allergien, wenn ja, gegen welche Stoffe? ja nein
Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion? ja nein
Besteht bei Ihnen eine seelische Belastung, z.B. durch Beruf oder Familie? ja nein
Bestehen besondere wirtschaftliche Probleme? ja nein
Gab es bei Ihnen früher Rhesus-Unverträglichkeiten? ja nein

Sind Sie...

zuckerkrank	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
übergewichtig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
kleinwüchsig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
erkrankt am Skelett-System	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
unter 18 Jahre alt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
über 35 Jahre alt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben Sie mehr als vier Kinder geboren? ja nein
Wurden Sie oder Ihr Partner wegen Kinderwunsch behandelt? ja nein
Hatten Sie schon einmal eine Frühgeburt? ja nein
Haben Sie schon einmal ein zu kleines oder zu leichtes Kind geboren? ja nein
Hatten Sie schon einmal Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche? ja nein
Hatten Sie schon einmal eine Totgeburt oder ein Kind mit Fehlbildungen? ja nein
Gab es Schwierigkeiten bei vorangegangenen Schwangerschaften? ja nein
Gab es Schwierigkeiten bei vorangegangenen Geburten? ja nein
Hatten Sie schon einmal einen Kaiserschnitt? ja nein
Wurden Sie schon einmal an der Gebärmutter operiert? ja nein
Liegt der Beginn der letzten Schwangerschaft weniger als 12 Monate zurück? ja nein

Andere Besonderheiten:
