

Liebe werdende Mutter,

nachdem nun feststeht, dass Sie schwanger sind, ist beim nächsten Termin die erste Mutterschafts-Vorsorgeuntersuchung vorgesehen.

Gleichzeitig soll dabei der Mutterpass angelegt werden. Falls Sie im Besitz eines Blutgruppenausweises, eines Impfpasses mit eingetragenen Röteln-Tests oder gegebenenfalls eines alten Mutterpasses sind, so bringen Sie diese Unterlagen bitte mit.

Beantworten Sie bitte die unten aufgeführten Fragen zu Hause in aller Ruhe - wenn nötig nach Beratung mit den Eltern - und legen Sie das ausgefüllte Blatt bei der nächsten Untersuchung wieder vor. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, so lassen Sie sie offen. Wir werden mit Ihnen gemeinsam alle Punkte noch einmal durchsprechen, bevor die Eintragung in den Mutterpass erfolgt.

Ihr nächster Termin

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

Größe _____ Gewicht _____

Alter _____ Alter des Ehemannes/Partners _____

Wie oft waren Sie bereits schwanger? _____

Wieviele Kinder haben Sie bereits geboren? _____

Wie viele Tage liegen bei Ihnen normalerweise zwischen zwei Perioden? _____

Wann begann Ihre letzte Periodenblutung? _____

Haben Sie früher die sog. Antibabypille eingenommen, wenn ja, bis wann? _____

Könnten Sie sich vorstellen, an welchem Tag die Schwangerschaft eingetreten ist? _____

Hatten Sie in der letzten Zeit Kontakt mit Kindern oder Erwachsenen, die an Röteln, Masern, Windpocken, Gelbsucht oder einer anderen Infektion erkrankt waren? _____

Bei welchen Ärzten sind Sie zur Behandlung? _____

Welche Medikamente müssen Sie einnehmen? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? _____

Besteht Alkoholgenuss? _____

Dürfen wir einen Aids-Test durchführen? _____

Die folgenden Fragen beziehen sich auf weitere wichtige Bereiche Ihrer Vorgeschichte:

1. Gibt es in Ihrer Familie

Zuckerkrankheit nein ja _____

Bluthochdruck nein ja _____

angeborene Missbildungen nein ja _____

Erbkrankheiten nein ja _____

Veranlagung zu seelischen Krankheiten nein ja _____

2. Waren Sie an folgenden Organen schon einmal schwer erkrankt?

- | | | |
|--------------|---|-------|
| Herz | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Lunge | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Leber | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Nieren | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Nervensystem | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |

3. Besteht bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung? nein ja _____

4. Sind Sie allergisch? nein ja, gegen _____

5. Erhielten Sie schon einmal eine Bluttransfusion? nein ja _____

6. Besteht bei Ihnen eine besondere seelische Belastung, z. B. in der Familie oder im Beruf? nein ja _____

7. Bestehen bei Ihnen besondere wirtschaftliche Probleme (Wohnung, Geldmangel)? nein ja _____

8. Gab es bei vorhergehenden Schwangerschaften Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Rhesus-Faktor? nein ja _____

9. Sind Sie zuckerkrank? nein ja _____

Punkt 10 und 11 wird von Ihrer Ärztin ausgefüllt.

12. Besteht bei Ihnen Skelett-Veränderungen, z. B. auch infolge eines Unfalls? nein ja _____

Punkt 13, 14 und 15 wird von Ihrer Ärztin ausgefüllt

16. Sind Sie schnell schwanger geworden oder mussten Sie oder Ihr Mann sich vorher wegen Kinderlosigkeit behandeln lassen? nein ja _____
 nein ja _____

17. Hatten Sie schon mal eine Frühgeburt? nein ja _____
Wenn ja, wieviele Wochen vor dem Termin?

18. Haben Sie schon mal ein sehr kleines Kind geboren? nein ja, Gewicht _____

19. Wieviele Schwangerschaften endeten als Abort? nein ja, wann _____
Wieviele lebende Kinder haben Sie? _____

20. Hatten Sie schon mal eine Totgeburt? nein ja _____
Haben Sie ein geschädigtes Kind? nein ja _____

21. Gab es Schwierigkeiten bei vorangegangenen Schwangerschaften? nein ja _____

22. Hatten Sie schon einmal *nach* der Entbindung irgendwelche Komplikationen? nein ja _____

23. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Kaiserschnittentbindung durchgeführt? nein ja _____

24. Wurden bei Ihnen schon einmal an der Gebärmutter operiert? nein ja _____

25. Bestehen bei Ihnen Schwangerschaftserfolge in weniger als einjährigem Abstand? nein ja _____

26. Andere Besonderheiten _____