

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 \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_