

Dr. Schlee

LIEBE WERDENDE MUTTER,
WILLKOMMEN IN UNSERER FRAUENARZTPRAXIS

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Telefonnummer und Handynummer _____

Email _____ Beruf _____

Adresse _____

Alter _____ Gewicht vor der Schwangerschaft _____

Größe _____ cm

Erster Tag der letzten Monatsblutung? _____

Geburten

Monat / Jahr	natürliche Geburt	Kaiserschnitt	Saugglocke/ Zange
____ / ____	☐	☐	☐
____ / ____	☐	☐	☐
____ / ____	☐	☐	☐
____ / ____	☐	☐	☐
____ / ____	☐	☐	☐

Haben Sie mehr als 5 Kinder geboren?

Geben Sie bitte die Geburtsdaten durch: _____

Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüche

Monat / Jahr

____ / ____	☐ Fehlgeburt in SSW: _____	☐ Schwangerschaftsabbruch
____ / ____	☐ Fehlgeburt in SSW: _____	☐ Schwangerschaftsabbruch
____ / ____	☐ Fehlgeburt in SSW: _____	☐ Schwangerschaftsabbruch
____ / ____	☐ Fehlgeburt in SSW: _____	☐ Schwangerschaftsabbruch
____ / ____	☐ Fehlgeburt in SSW: _____	☐ Schwangerschaftsabbruch

1. Familiäre Belastung	☐ Ja	1.	☐ Nein
☐ Diabetes mellitus	☐ Hypertonie/ Bluthochdruck	☐ Fehlbildungen	
☐ genetische Krankheiten	☐ psychische Krankheiten	☐ Sonstiges: _____	
2. Frühere eigene schwere Erkrankungen	☐ Ja	2.	☐ Nein
☐ Herz	☐ Leber	☐ ZNS	
☐ Lunge	☐ Nieren	☐ Psyche	
☐ Sonstiges: _____			
3. Blutungs-/Thromboseneigung/ Gerinnungsstörung	☐ Ja	3.	☐ Nein
4. Allergie-/ Medikamentenunverträglichkeiten	☐ Ja	4.	☐ Nein
Wenn ja, welche? _____			
5. Frühere Bluttransfusionen	☐ Ja	5.	☐ Nein
6. Besondere psychische Belastung z.B. familiäre oder berufliche	☐ Ja	6.	☐ Nein
7. Besondere soziale Belastung z.B. Integrationsprobleme oder wirtschaftliche Probleme	☐ Ja	7.	☐ Nein
8. Rhesus-Inkompatibilität- Probleme mit Rhesusfaktor (bei vorangegangenen Schwangerschaften)	☐ Ja	8.	☐ Nein
9. Diabetes mellitus/ Zuckerkrankheit	☐ Ja	9.	☐ Nein
10. Adipositas/ Übergewicht	☐ Ja	10.	☐ Nein
11. Kleinwuchs/ Sind Sie kleinwüchsig?	☐ Ja	11.	☐ Nein
12. Skelettanomalien/ Skelettveränderungen	☐ Ja	12.	☐ Nein
13. Sind Sie unter 18 Jahre alt?	☐ Ja	13.	☐ Nein
14. Sind Sie über 35 Jahre alt?	☐ Ja	14.	☐ Nein
15. Vielgebärende mehr als 4 Kinder?	☐ Ja	15.	☐ Nein
16. Zustand nach Sterilitätsbehandlung, Kinderwunschbehandlung	☐ Ja	16.	☐ Nein
17. Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW)	☐ Ja	17.	☐ Nein
18. Zustand nach Mangelgeburt (sehr kleines Kind)	☐ Ja	18.	☐ Nein

Dr. Schlee

MUTTERSCHAFTSANAMNESE

19. Zustand nach Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüchen ☐ Ja 19. ☐ Nein
Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt?

20. Totes/ geschädigtes Kind in der Anamnese? ☐ Ja 20. ☐ Nein

21. Komplikationen bei vorausgegangen Entbindungen? ☐ Ja 21. ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

22. Komplikationen nach Entbindungen? post partum ☐ Ja 22. ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

23. Zustand nach Sectio / Kaiserschnitt? ☐ Ja 23. ☐ Nein

24. Zustand nach anderen Uterusoperationen? Gebärmutter OPs? ☐ Ja 24. ☐ Nein

25. Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) ☐ Ja 25. ☐ Nein

26. Andere Besonderheiten ☐ Ja 26. ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

27. Ich wünsche im Zusammenhang mit der ☐ Ja 27. ☐ Nein
Mutterschaftsvorsorge einen HIV Test

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____