

Dr. Schlee

LIEBE WERDENDE MÜTTER,
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
____ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
____ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
____ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
____ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
____ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie mehr als 5 Kinder geboren?

Geben Sie bitte die Geburtsdaten durch: _____

Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüche

Monat / Jahr

____ / ____	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt in SSW: _____	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch
____ / ____	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt in SSW: _____	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch
____ / ____	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt in SSW: _____	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch
____ / ____	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt in SSW: _____	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch
____ / ____	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt in SSW: _____	<input type="checkbox"/> 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** Ja **8.** Nein
(bei vorangegangenen Schwangerschaften)
- 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: _____