

Schwangerenberatung

Liebe Schwangere!

Wir bitten Sie in der Wartezeit die folgenden Fragen auf der Vorder- und Rückseite durchzulesen und anzukreuzen oder wenn nötig ausführlicher zu beantworten. Falls Sie einige Antworten auf die vielen Fragen nicht wissen, besprechen Sie dies mit der Hebamme oder dem Arzt im Anschluss an die Sprechstunde. **Vielen Dank.**

Facharzt: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Beruf: _____

Telefonnummer: _____

A) Ihre eigene Krankheitsvorgeschichte (Eigenanamnese):

Allergie / Medikamentenunverträglichkeit: nein ja _____

	nein	ja		nein	ja		
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Asthma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Geschlechtskrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Nervenleiden/Depressionen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Epilepsie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluttransfusion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Anämie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutungsneigung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Leber-Erkr./Hepatitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Thrombose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Schilddrüsenerkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wurde bei Ihnen eine Untersuchung auf Blutgerinnungsstörung durchgeführt?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	

Nehmen Sie:

Nikotin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Drogen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alkohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ /Tag	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

Operationen:

Blinddarm:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jahr _____	Probleme bei Narkosen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kaiserschnitt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jahr _____	Curettage (Ausschabung):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jahr _____
Bauchspiegelung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jahr _____	Konisation am Gebärmutterhals:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jahr _____
Andere Operationen:	_____			Anmerkungen internistische Krankheiten:	_____		

B) Besonderheiten und Krankheiten in der Familie (Familienanamnese):

Eigene Familie (nicht angeheiratet)

Familie des Kindsvaters

	nein	ja		nein	ja	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes / Alterzucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fehlbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	angeborenes Hüftleiden Spreizhose als Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenleiden / Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose / Blutgerinnungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

C) Sozial Anamnese:

Familienstand: verheiratet ledig alleinstehend in fester Partnerschaft geschieden verwitwet

Sterilitätsbehandlung: IVF / ICSI / Insemination / Stimulation

Haben Sie bereits eine Hebamme für das Wochenbett? nein ja _____

Sonstiges: _____



D) Frühere Schwangerschaften und Geburten:

Abbrüche:	Fehlgeburt:	Eileiterschwangerschaft:	<input type="checkbox"/> Keine
Jahr: _____ SSW: _____	Jahr: _____ SSW: _____	Jahr: _____ SSW: _____ <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> Eileiter
Jahr: _____ SSW: _____	Jahr: _____ SSW: _____	Jahr: _____ SSW: _____ <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> erhalten <input type="checkbox"/> entfernt
Jahr: _____ SSW: _____	Jahr: _____ SSW: _____	Jahr: _____ SSW: _____ <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> erhalten <input type="checkbox"/> entfernt

Geburten

1. Jahr: _____ Art der Entbindung: Spontangeburt Kaiserschnitt Saugglocke Zange
 Geburtsgewicht: _____ Frühgeburt: ja nein In welchem Krankenhaus: _____
 Besonderheiten: _____

2. Jahr: _____ Art der Entbindung: Spontangeburt Kaiserschnitt Saugglocke Zange
 Geburtsgewicht: _____ Frühgeburt: ja nein In welchem Krankenhaus: _____
 Besonderheiten: _____

3. Jahr: _____ Art der Entbindung: Spontangeburt Kaiserschnitt Saugglocke Zange
 Geburtsgewicht: _____ Frühgeburt: ja nein In welchem Krankenhaus: _____
 Besonderheiten: _____

4. Jahr: _____ Art der Entbindung: Spontangeburt Kaiserschnitt Saugglocke Zange
 Geburtsgewicht: _____ Frühgeburt: ja nein In welchem Krankenhaus: _____
 Besonderheiten: _____

5. Weitere Geburten: _____

E) Fragen zur Früherkennung des Diabetes (Zuckerkrankheit):

- Ist bei Ihnen ein Zuckerbelastungstest (OGTT) durchgeführt worden? ja nein nicht bekannt
- Hatten Sie bereits eine Schwangerschaftsdiabetes? ja nein nicht bekannt
- Ist Ihnen eine Zuckerkrankheit auch geringen Ausmaßes bekannt bei:
- Ihnen selbst? ja nein nicht bekannt
 - Ihren Geschwistern? ja nein nicht bekannt
 - Ihren Eltern? ja nein nicht bekannt
 - Ihren Großeltern, Tante oder Onkel? ja nein nicht bekannt
- Wogen Kinder von Ihnen bei der Geburt 4.000 g oder mehr? ja nein nicht bekannt
- Hatten Sie mehr als zwei Fehl- oder Frühgeburten? ja nein nicht bekannt
- Sind Kinder von Ihnen gestorben – vor, während oder nach der Geburt? ja nein nicht bekannt
- Wurden bei Ihren Kindern Fehlbildungen festgestellt? ja nein nicht bekannt
- Wurde bei früheren Schwangerschaften zu viel Fruchtwasser festgestellt? ja nein nicht bekannt
- Wurde bei früheren Schwangerschaften Zucker im Harn festgestellt? ja nein nicht bekannt