

Brühl, _____

Liebe Patientin, herzlichen Glückwunsch, bei Ihnen wurde heute eine Schwangerschaft festgestellt! Neben all den neuen Eindrücken und Ereignissen ist die Anlage eines Mutterpasses eine wichtige Maßnahme. Darin werden wichtige Informationen dokumentiert. **Tragen Sie den Mutterpass immer bei sich!** Falls Sie aus einer vorherigen Schwangerschaft noch ein Exemplar zu Hause haben, bringen Sie dieses bitte zur nächsten Untersuchung mit. Wiegen Sie sich vor ihrem Termin zu Hause. Nachfolgende Fragen sind Bestandteil des Mutterpasses. Bitte füllen Sie diese in aller Ruhe aus und bringen den Zettel beim nächsten Termin wieder mit.

Name, Vorname: _____ Alter: _____

Größe: _____ Gewicht vor der SS: _____

Anzahl bisheriger Schwangerschaften: _____

Anzahl Geburten: _____

Wann begann die letzte Periodenblutung? _____

Wie lange dauerte in der Regel die Blutung? _____ Tage

Wie viele Tage liegen zwischen den Blutungen? _____ Tage

Hatten Sie in den letzten Tagen Kontakt mit Personen, die an Röteln, Masern, Windpocken, Gelbsucht oder einer anderen Infektion erkrankt sind? ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? _____

Rauchen Sie? ja, ungefähr _____ Zigaretten/Tag nein

Wünschen Sie einen AIDS-Test?

1. Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit

Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Angeborenen Missbildungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Erbkrankheiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

2. Waren Sie an folgenden Organen schon einmal erkrankt?

Herz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lunge	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leber	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Niere	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nervensystem	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Brühl, _____

3. Besteht bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung? ja nein
4. Neigen Sie zu Krampfadern/Venenentzündungen? ja nein
5. Haben Sie Allergien? ja _____ nein
6. Hatten Sie schon einmal Bluttransfusionen? ja nein
7. Besteht bei Ihnen eine seelische Belastung? ja nein
8. Haben Sie wirtschaftliche Sorgen? ja nein
9. Hatten Sie in den vorherigen Schwangerschaften Probleme wegen des
Rhesusfaktors? ja nein
10. Sind Sie zuckerkrank/Diabetiker? ja nein
11. Bestehen bei Ihnen Skelettveränderungen? ja nein
12. Mussten Sie sich gegen Kinderlosigkeit behandeln? ja nein
13. Hatten Sie schon mal eine Frühgeburt? ja, in der _____ Woche nein
14. Haben Sie schon einmal ein Kind kleiner 2500g geboren? ja nein
15. Haben Sie schon einmal ein Kind größer 4000g geboren? ja nein
16. Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt? ja, _____ mal nein
17. Hatten Sie eine Totgeburt? ja nein
18. Haben Sie ein geschädigtes Kind? ja nein
19. Gab es Schwangerschaftskomplikationen? ja, _____ nein
20. Gab es Geburtskomplikationen? ja, _____ nein
21. Gab es im Wochenbett Komplikationen? ja, _____ nein
22. Hatten Sie schon einen Kaiserschnitt? ja nein
23. Wurden Sie schon an der Gebärmutter operiert? ja nein
24. Waren Sie vor weniger als 1 Jahr auch schwanger? ja nein
25. Gab es andere Besonderheiten? _____

Beruf: _____

Telefonisch erreichbar: _____ privat dienstlich

Hausarzt (Name, Ort): _____

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe,

Ihr Praxisteam