

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.

**Bettina Berlinghof/Lena Ick
Valentina Zyba (ang. Ärztin)
Fachärztinnen für Gyn./Geb.
Schulstr. 16a, 31675 Bückeburg**

Praxisstempel

Ihr nächster Termin:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Alter des Ehemannes/Partners _____

Wie oft waren Sie bereits schwanger? _____ Wieviele Kinder haben Sie bereits geboren? _____

Wieviele 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 an einer anderen Infektion erkrankt waren? _____

Bei welchen Ärzten sind Sie zur Zeit in Behandlung? _____

Welche Medikamente müssen Sie einnehmen? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? _____

Besteht Alkoholgenuss? _____

Fast jede dritte HIV-positive Schwangere erfährt erst durch den Test, dass sie infiziert und Trägerin des AIDS-Virus ist. Durch eine gezielte Therapie kann das Risiko einer Übertragung von der Mutter auf das Kind auf unter 1% gesenkt werden. Aus diesem Grund wird der Test ausdrücklich empfohlen. Da hierbei eine absolute Schweigepflicht gilt, erfolgt über das Testergebnis **keine** Eintragung in den Mutterpass.

Sind Sie mit einem HIV-Test einverstanden? nein ja

Die folgenden Fragen beziehen sich auf weitere wichtige Bereiche Ihrer Vorgeschichte:

		nein	ja	
1. Gibt es in Ihrer Familie	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	angeborene Missbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Veranlagung zu seelischen Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Waren Sie an den folgenden Organen schon einmal schwer erkrankt?	Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

nein ja

- 3. Besteht bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung? _____
 Neigen Sie zu Venenentzündungen? _____
- 4. Sind Sie allergisch? gegen: _____
- 5. Erhielten Sie schon einmal eine Bluttransfusion? _____
- 6. Besteht bei Ihnen eine besondere seelische Belastung, z.B. in der Familie oder im Beruf? _____
- 7. Bestehen bei Ihnen besondere wirtschaftliche Probleme (Wohnung, Geldmangel)? _____
- 8. Gab es bei vorangegangenen Schwangerschaften Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Rhesus-Faktor? _____
- 9. Sind Sie zuckerkrank? _____
- 10./11. **Wird von Ärztin/Arzt ausgefüllt!**
- 12. Bestehen bei Ihnen Skelett-Veränderungen, z.B. auch infolge eines Unfalls? _____
- 13./14./15. **Wird von Ärztin/Arzt ausgefüllt!**
- 16. Sind Sie schnell schwanger geworden? _____
 oder mussten Sie oder Ihr Mann sich vorher wegen Kinderlosigkeit behandeln lassen? _____
- 17. Hatten Sie schon einmal eine Frühgeburt? wieviele Wochen vor dem Termin? _____
- 18. Haben Sie schon einmal ein sehr kleines Kind geboren? Gewicht: _____
- 19. Wieviele Schwangerschaften endeten als Abort? wann? _____
 Wieviele lebende Kinder haben Sie? _____
- 20. Hatten Sie schon eine Totgeburt? wann? _____
 Haben Sie ein geschädigtes Kind? _____
- 21. Gab es Schwierigkeiten bei vorangegangenen Schwangerschaften? welche? _____
- 22. Hatten Sie schon einmal **nach** einer Entbindung irgendwelche Komplikationen? welche? _____
- 23. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Kaiserschnittentbindung durchgeführt? wann? _____
- 24. Wurden Sie schon einmal an der Gebärmutter operiert? _____
- 25. Bestehen bei Ihnen Schwangerschaftserfolge in weniger als einjährigem Abstand? _____
- 26. Andere Besonderheiten: _____

Datum _____ Unterschrift _____