

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 oder gegebenenfalls eines alten Mutterpasses sind, so bringen Sie diese Unterlagen bitte mit.

Bitte beantworten Sie die unten aufgeführten Fragen zu Hause in Ruhe und legen Sie das ausgefüllte Blatt bei der nächsten Untersuchung wieder vor.

Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, so lassen Sie diese offen. Wir werden mit Ihnen gemeinsam alle Punkte besprechen, bevor die Eintragung in den Mutterpass erfolgt.

# Mutterschafts-anamnesebogen



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
 Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Alter des Ehemannes/Partners: \_\_\_\_\_

Wie oft waren Sie bereits schwanger? \_\_\_\_\_ Wie viele Kinder haben Sie bereits geboren? \_\_\_\_\_  
 Wann begann Ihre letzte Periodenblutung? \_\_\_\_\_  
 Haben Sie früher die sog. Antibabypille eingenommen? Wenn ja, bis wann? \_\_\_\_\_  
 Hatten Sie in der letzten Zeit Kontakt mit jemandem, der an Röteln, Masern, Windpocken, Gelbsucht oder einer anderen Krankheit erkrankt war? \_\_\_\_\_  
 Bei welchen Ärzten sind Sie zur Zeit in Behandlung? \_\_\_\_\_  
 Welche Medikamente müssen Sie einnehmen? \_\_\_\_\_  
 Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_  
 Besteht Alkoholenuss? \_\_\_\_\_

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 dem HIV-Test einverstanden?**     nein     ja

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre 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 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 Blutgerinnungsstörung?<br>Neigen Sie zu Venenentzündungen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____ |
| 4. Sind Sie allergisch?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> gegen: _____                            |
| 5. Erhielten Sie schon einmal eine Bluttransfusion?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____                                   |
| 6. Besteht bei Ihnen eine besondere seelische Belastung, z. B. in der Familie oder im Beruf?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____                                   |
| 7. Bestehen bei Ihnen besondere wirtschaftliche Probleme (Wohnung, Geldmangel)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____                                   |
| 8. Gab es bei vorausgegangenen Schwangerschaften Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Rhesus-Faktor?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____                                   |
| 9. Sind Sie zuckerkrank?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____                                   |
| <b>10./11. entfällt</b>  |                          |  |
| 12. Bestehen bei Ihnen Skelett-Veränderungen, z. B. infolge eines Unfalls?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____                                   |
| <b>13./14./15. entfällt</b>  |                          |  |
| 16. Sind Sie schnell schwanger geworden?<br>Oder mussten Sie oder Ihr Mann sich vorher wegen Kinderlosigkeit behandeln lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____ |
| 17. Hatten sie schon einmal eine Frühgeburt?<br>wenn ja, wie viele Wochen vor Termin? _____                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____                                   |
| 18. Haben Sie schon einmal ein sehr kleines, untergewichtiges Kind geboren?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Gewicht: _____                          |
| 19. Wie viele Schwangerschaften endeten als Fehlgeburt? _____ Wann? _____<br>Wie viele lebende Kinder haben Sie? _____         |                          |  |
| 20. Hatten Sie schon eine Totgeburt?<br>Haben Sie ein geschädigtes Kind?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____ |
| 21. Gab es Schwierigkeiten bei vorausgegangenen Schwangerschaften / Geburten?<br>wenn ja, welche? _____                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____                                   |
| 22. Gab es <u>nach</u> einer Geburt Komplikationen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> welche: _____                           |
| 23. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Kaiserschnittentbindung durchgeführt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____                                   |
| 24. Wurden Sie an der Gebärmutter operiert?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____                                   |
| 25. Bestehen bei Ihnen eine rasche Schwangerschaftsfolge mit weniger als einem Jahr Abstand?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____                                   |
| 26. Andere Besonderheiten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____                                   |

---

Datum

Unterschrift