## Liebe werdende Mutter!

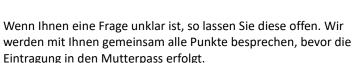
Nachdem nun feststeht, dass Sie schwanger sind, ist beim nächsten Termin die erste Mutterschafts-Vorsorgeuntersuchung vorgesehen.



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.







Name: Vornamo:						
Name:						
Alter:Größe:	cm Gewicht:	ka	Alter des Ehemannes/Partners:			
Grobe.	cm Gewicht	ĸġ	Aiter des Enemannes, arthers.			
Wie oft waren Sie bereits sch Wann begann Ihre letzte Peri		ie viele Ki	nder haben Sie bereits geboren?			
Haben Sie früher die sog. Ant	tibabypille eingenomm		n ja, bis wann? 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?						
Fast jede dritte HIV-positive Schwangere erfährt erst durch den Test, dass sie infiziert und Trägerin des						
AIDS-Virus ist. Durch eine ge Kind auf unter 1% gesenkt w	zielte Therapie kann d erden. Aus diesem Gr	das Risiko und wird	einer Übertragung von der Mutter auf das der Test ausdrücklich empfohlen. Da hierbei onis <b>keine</b> Eintragung in den Mutterpass.			
Sind Sie mit dem HIV-Test einverstanden?		□ nein	□ ja			
Die folgenden Fragen beziehe	en sich auf Ihre Vorge	schichte:				
		nein	ja			
1. Gibt es in Ihrer Familie	Zuckerkrankheit					
	Bluthochdruck angeborene Miss-		0			
	bildungen					
	Erbkrankheiten					
	Veranlagung zu					
	seelischen Krankhei	iten 🗆				
2. Waren Sie an folgenden	Herz					
Organen schon einmal	Lunge					
schwer erkrankt?	Leber					
	Nieren					

Nervensystem

		nein	ja		
3.	Besteht bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung? Neigen Sie zu Venenentzündungen?		0		
4.	Sind Sie allergisch?		□ gegen:		
5.	Erhielten Sie schon einmal eine Bluttransfusion?		<u> </u>		
6.	Besteht bei Ihnen eine besondere seelische Belastung, z. B. in der Familie oder im Beruf?		<u> </u>		
7.	Bestehen bei Ihnen besondere wirtschaftliche Probleme (Wohnung, Geldmangel)?		<u> </u>		
8.	Gab es bei vorausgegangenen Schwangerschafte Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Rhesus-Faktor?	n -	<u> </u>		
9.	Sind Sie zuckerkrank?		<u> </u>		
10.	/11. entfällt				
12.	Bestehen bei Ihnen Skelett-Veränderungen, z. B. infolge eines Unfalls?		<u> </u>		
13./14./15. entfällt					
16.	Sind Sie schnell schwanger geworden? Oder mussten Sie oder Ihr Mann sich vorher weg Kinderlosigkeit behandeln lassen?	ıen	<u> </u>		
17	-				
17.	Hatten sie schon einmal eine Frühgeburt? wenn ja, wie viele Wochen vor Termin?				
18.	Haben Sie schon einmal ein sehr kleines, untergewichtiges Kind geboren?		□ Gewicht:		
19.	Wie viele Schwangerschaften endeten als Fehlget Wie viele lebende Kinder haben Sie?	ourt?	Wann?		
20.	Hatten Sie schon eine Totgeburt? Haben Sie ein geschädigtes Kind?		<u> </u>		
21.	Gab es Schwierigkeiten bei vorausgegangenen Schwangerschaften / Geburten? wenn ja, welche?				
22.	Gab es <u>nach</u> einer Geburt Komplikationen?		u welche:		
23.	Wurde bei Ihnen schon einmal eine Kaiser- schnittentbindung durchgeführt?		<u> </u>		
24.	Wurden Sie an der Gebärmutter operiert?		0		
25.	Bestehen bei Ihnen eine rasche Schwanger- schaftsfolge mit weniger als einem Jahr Abstand?	? 🗆	<u> </u>		
26.	Andere Besonderheiten		0		

Unterschrift

Datum