

Fragebogen zur Mutterpassanlage

Liebe Patientin,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus. Er dient dazu, bestehende Risiken für die Schwangerschaft rechtzeitig zu erkennen.

Alter: _____ Jahre Gewicht vor Schwangerschaftsbeginn: _____ kg Größe: _____ cm

Anzahl Schwangerschaften: _____ Anzahl Geburten _____, davon ____ vaginal / ____ per Kaiserschnitt

1. Gibt es in Ihrer engeren Familie oder der Familie des Kindesvaters gehäuft folgende Erkrankungen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fehlbildungen (z.B. Herzfehler, offener Rücken, Lippenkiefergaumenspalte) |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | (wenn ja, welche? _____) |
| <input type="checkbox"/> Thrombosen | <input type="checkbox"/> Genetische Krankheiten (wenn ja, welche? _____) |
| | <input type="checkbox"/> Psychische Krankheiten (wenn ja, welche _____) |

2. Haben oder hatten Sie selbst schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)?

- nein ja (welche? _____)

3. Besteht bei Ihnen eine nachgewiesene Blutungs-/ Thromboseneigung?

- nein ja (welche? _____)

4. Haben Sie Allergien gegen Medikamente, Latex oder Pflaster?

- nein ja (welche? _____)

5. Haben Sie schon einmal Bluttransfusionen erhalten?

- nein ja (wann? _____)

6. Fühlen Sie sich aktuell besonders psychisch oder sozial belastet (z.B. familiär, beruflich, wirtschaftlich)?

- nein ja (weshalb? _____)

7. Gab es eine Rhesus-Inkompatibilität bei vorangegangenen Schwangerschaften?

- nicht bekannt ja

8. Leiden Sie an Diabetes?

- nicht bekannt ja - Typ 1 ja - Typ 2

9. Bestehen bei Ihnen Skelettanomalien (z.B. angeborene Hüftdysplasie, Skoliose)?

- nein ja (weshalb? _____)

10. Ist die Schwangerschaft im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung entstanden?

- nein ja (welche? _____)

11. Gab es Komplikationen bei vorausgegangenen Geburten?

- nein ja (welche? _____)

12. Gab es Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen im Wochenbett?

- nein ja (welche? _____)

13. Wurden Sie bereits an der Gebärmutter operiert?

- nein ja (welche Operation? _____ wann? _____)

14. Haben Sie Allgemeinerkrankungen auf Grund derer Sie in regelmäßiger Behandlung sind?

- nein ja (welche? _____)

15. Nehmen Sie Medikamente ein?

- nein ja (welche? _____)

16. Trinken Sie in der Schwangerschaft Alkohol oder rauchen Sie?

- nein ja (was? _____ wie oft? _____)

17. Nehmen Sie während der Schwangerschaft Drogen ein?

- nein ja (was? _____, wie oft? _____)

Name: _____

Datum/ Unterschrift: _____