


Gemeinschaftspraxis für Gynäkologie und Geburtshilfe	Mutterschaftsanamnese	
Dr. A. Rittershaus Karina Funke Annika Röhrs		

Liebe werdende Mutter!

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

Gleichzeitig soll dabei der Mutterpass angelegt werden.

Falls Sie im Besitz eines Blutgruppenausweises oder 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.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Beruf: _____

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? _____

Könnten Sie sich vorstellen, an welchem Tag die Schwangerschaft eingetreten ist? _____

Hatten Sie in letzter 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, wie viele Zigaretten täglich? _____


Besteht Alkoholgenuss? _____

Konsumieren Sie Drogen? _____

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

		Nein	Ja
Gibt es in Ihrer Familie	Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Angeborene Missbildungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Erbkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren Sie an den folgenden Organen schon einmal schwer erkrankt?	Herz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Lunge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nervensystem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Version 1.0	/freigegeben von: dr.rittershaus/K.Funke	gültig ab 30.10.2014
-------------	--	----------------------

Gemeinschaftspraxis für Gynäkologie und Geburtshilfe	Mutterschaftsanamnese	
Dr. A. Rittershaus Karina Funke Annika Röhrs		

	Nein	Ja
Besteht bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neigen Sie zu Venenentzündungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie allergisch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhielten Sie schon einmal eine Bluttransfusion?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht bei Ihnen eine besondere seelische Belastung z.B. in der Familie oder im Beruf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen bei Ihnen besondere wirtschaftliche Probleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es bei vorangegangenen Schwangerschaften Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Rhesusfaktor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie zuckerkrank?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen bei Ihnen Skelett-Veränderungen, z.B. auch infolge eines Unfalls?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie schnell schwanger geworden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oder mussten Sie oder Ihr Mann sich vorher wegen Kinderlosigkeit behandeln lassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie schon einmal eine Frühgeburt? Wenn ja, wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie schon einmal ein sehr kleines Kind geboren? Gewicht: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie viele Schwangerschaften endeten als Abort?	Wann? _____	
Wie viele Kinder haben Sie?	_____	
Hatten Sie schon eine Totgeburt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie ein geschädigtes Kind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es Schwierigkeiten bei vorangegangenen Schwangerschaften?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie schon einmal nach einer Entbindung irgendwelche Komplikationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Kaiser- Schnittentbindung durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie schon einmal an der Gebärmutter operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anmerkungen / Besonderheiten?		

Datum

Unterschrift

Version 1.0	/freigegeben von: dr.rittershaus/K.Funke	gültig ab 30.10.2014
-------------	--	----------------------