

Gesundheitszentrum Nastätten GmbH

Medizinisches Versorgungszentrum

Ärzte für Frauenheilkunde / Geburtshilfe

Bahnhofstr. 6 · 56355 Nastätten

Nachfolgende Fragen sind Bestandteil des Mutterpasses. Bitte füllen Sie diese in aller Ruhe aus und bringen den Zettel beim nächsten Termin wieder mit.

Name, Vorname: _____

Alter: _____ Größe: _____

Gewicht vor der SS: _____

Anzahl bisheriger Schwangerschaften: _____ Anzahl Geburten: _____

Wann begann die letzte Periodenblutung? _____

Wie lange dauerte in der Regel die Blutung? _____ Tage

Wie viele Tage liegen zwischen den Blutungen? _____ Tage

Hatten Sie in den letzten Tagen Kontakt mit Personen, die an Röteln, Masern, Windpocken, Gelbsucht oder einer anderen Infektion erkrankt sind? o ja o nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? _____

Rauchen Sie? o ja, ungefähr _____ Zigaretten/Tag o nein

1.) Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit Zuckerkrankheit o ja o nein

Bluthochdruck o ja o nein

Angeborenen Missbildungen o ja o nein

Erberkrankungen o ja o nein

2.) Waren Sie an folgenden Organen schon einmal erkrankt?

Herz o ja o nein

Lunge o ja o nein

Leber o ja o nein

Niere o ja o nein

Nervensystem o ja o nein

Schilddrüse o ja o nein

3.) Besteht bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung? o ja o nein

4.) Neigen Sie zu Krampfadern/Venenentzündungen? o ja o nein

5.) Haben Sie Allergien? o ja _____ o nein

6.) Hatten Sie schon einmal Bluttransfusionen? o ja o nein

7.) Besteht bei Ihnen eine seelische Belastung? o ja o nein

8.) Haben Sie wirtschaftliche Sorgen? o ja o nein

9.) Hatten Sie in den vorherigen Schwangerschaften Probleme wegen des Rhesusfaktors? o ja o nein

10.) Sind Sie zuckerkrank/Diabetiker? o ja o nein

11.) Bestehen bei Ihnen Skelettveränderungen? o ja o nein

Sitz: Gesundheitszentrum Nastätten GmbH · Bahnhofstr. 6 · 56355 Nastätten · Amtsgericht Koblenz HRB

26501 · Geschäftsführer: Martin Mengringhaus

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank · IBAN DE11 3006 0601 0005 5615 52 · BIC DAAEDEDXXX

Gesundheitszentrum Nastätten GmbH

Medizinisches Versorgungszentrum

Ärzte für Frauenheilkunde / Geburtshilfe

Bahnhofstr. 6 · 56355 Nastätten

- 12.) Mussten Sie sich gegen Kinderlosigkeit behandeln? o ja o nein
- 13.) Hatten Sie schon mal eine Frühgeburt? o ja, in der ____Woche o nein
- 14.) Haben Sie schon einmal ein Kind kleiner 2500g geboren? o ja o nein
- 15.) Haben Sie schon einmal ein Kind größer 4000g geboren? o ja o nein
- 16.) Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt? o ja, _____mal o nein
- 17.) Hatten Sie eine Totgeburt? o ja o nein
- 18.) Haben Sie ein geschädigtes Kind? o ja o nein 1
- 19.) Gab es Schwangerschaftskomplikationen? o ja, _____ o nein
- 20.) Gab es Geburtskomplikationen? o ja, _____ o nein
- 21.) Gab es im Wochenbett Komplikationen? o ja, _____o nein
- 22.) Hatten Sie schon einen Kaiserschnitt? o ja o nein
- 23.) Wurden Sie schon an der Gebärmutter operiert? o ja o nein
- 24.) Waren Sie vor weniger als 1 Jahr auch schwanger? o ja o nein
- 25.) Gab es andere Besonderheiten? _____

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe

Ihr Praxisteam