

Name	Alter	Jahre
Vorname	Gewicht	Kg
Wie lang ist Ihre Periode?	Tage	Größe
		m
Erster Tag der letzten Periode?		Datum
Wie viele Tage liegen bei Ihnen normalerweise zwischen zwei Perioden?		Tage



Dr. med. Anja Fünfstück
 Dr. med. Axel Krämer
 Danziger Str. 35
 10435 Berlin (Prenzlauer Berg)
 Germany
 Telefon +49 30 44 22 927
 Telefax +49 30 4430 8619
 eMail praxis@dr-fuenfstueck.de

Wir beglückwünschen Sie zu Ihrer Schwangerschaft!
 Um Sie jederzeit gut betreuen zu können, möchten wir Sie bitten, uns einige Fragen zu beantworten.

Patientinnenfragebogen Mutterpass

	Ja	Nein	Freitext
Gibt es in Ihrer Familie oder in der Familie des Vaters Ihres Kindes vererbte Erkrankungen, z.B. Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Fehlbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten, wenn ja, welche und bei wem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie in der Vergangenheit schwere Erkrankungen, z.B. Herz-, Lungen-, Lebererkrankungen; wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung bekannt (Neigung zu Blutungen oder Gerinnseln)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine Allergie, wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erhielten Sie schon einmal eine Bluttransfusion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stehen Sie unter besonderer psychischer Belastung (z.B. familiär oder beruflich)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es bei Ihnen soziale Schwierigkeiten (z.B. Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gab es bei vorangegangenen Schwangerschaften Blutgruppen-(Rhesus-)Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie zuckerkrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			BMI (wird von der Praxis eingetragen)
Sind Sie kleinwüchsig (kleiner als 140 cm)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es Skelettauffälligkeiten bei Ihnen (z.B. Skoliose oder Unfallfolge)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie unter 18 Jahre alt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie über 35 Jahre alt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie mehr als 4 Kinder geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie vor der Schwangerschaft eine Sterilitätsbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie ein Kind geboren, das eine Frühgeburt war (vor der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt kam)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie ein stark untergewichtiges oder unreifes Kind geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie 2 oder mehr Fehlgeburten und/ oder Abbrüche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie ein totes oder krankes Kind geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gab es bei vorangegangenen Geburten Komplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie ein Kind per Kaiserschnitt geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie Operationen der Gebärmutter, wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt die letzte Schwangerschaft kürzer als 1 Jahr zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es andere Besonderheiten, wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche und warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie mit einem HIV-/Aids-Test im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge einverstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

Jahr der Schwangerschaft	Spontangeburt	Kaiserschnitt	Zangenentbindung	Saugglockengeburt	Fehlgeburt	Schwangerschaftsabbruch	Eileiterschwangerschaft	Mädchen	Junge	Kindsgewicht	Schwangerschaftsdauer in Wochen

Ort, Datum Unterschrift