http://www.medundorg.de/shop/images/60802_2.jpg

Sozial-Daten ○ verheiratet ○ Alleinerziehend ○ in fester Partnerschaft ○ Alleinstehend ○ sonstiges

Alter _____ Größe _____ Gewicht _____ Blut _____

Tätigkeit ○ keine ○ mind. ○ voll ○ sitzend ○ stehend ○ schwer

A. Anamnese und allgemeine Befunde / Erste

1. Vorfälle in Bezug Diabetes, Hypertonie, Medikamente, genetische Krankheiten, ggf. welche _____ ja nein

2. Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Niere, Zeit, Spital) _____ ja nein

3. Allergien? Unverträglichkeiten? _____ ja nein

4. Allergie gegen Latex _____ ja nein

5. Besondere psychische Belastung (z.B. Spritzenabhängigkeit) _____ ja nein

6. Besondere soziale Belastung (Drogenprobleme, wenig Kontakte) _____ ja nein

7. Besondere soziale Belastung (z.B. keine geplante Schwangerschaft) _____ ja nein

8. Diabetes mellitus _____ ja nein

9. Adipositas _____ ja nein

10. Diabetes vorher _____ ja nein

11. Schilddrüsenerkrankung _____ ja nein

12. Schilddrüsenop vor 10 Jahren _____ ja nein

13. Schilddrüsenop nach 10 Jahren _____ ja nein

14. Schilddrüsenmedikation (welche & Dosis) _____ ja nein

15. Zustand nach Thrombose/Embolie (vor 12 SSW) _____ ja nein

16. Zustand nach Thrombose/Embolie (nach 12 SSW) _____ ja nein

17. Zustand nach Neurologischen _____ ja nein

18. Zustand nach Nierenerkrankungen _____ ja nein

19. Zustand nach 2 oder mehr Aborten/Abtreibungen _____ ja nein

20. Weitere gynäkologische Krankheiten, ggf. welche _____ ja nein

Geburten Kinder über 4000 g _____ Sectio _____

Kinder _____ Kopfdrehung _____

21. Vorsorgeuntersuchung Brust _____ Zytologie _____

22. Vorsorgeuntersuchung Gebärmutterhals _____

23. Vorsorgeuntersuchung Prostata, ggf. welche _____

24. Zustand nach Sectio _____

25. Zustand nach stationärer Hospitalisation _____

26. Andere Besonderheiten, ggf. welche _____

Beratung der Schwangeren

a) **Ernährung, Medikamente, Genussmittel** ☐ e) **Schwangerschaftsgymnastik** ☐

b) **Körperlich/Sport, Sport, Reisen** ☐ f) **Geburtsvorbereitungsmöglichkeiten** ☐

c) **Risikoberatung** ☐ **genetische Beratung** für: _____ Datum: _____

d) **ggf. Wahl der Entbindungsklinik** ☐ **Telefonat** mit gynäkologen Datum: _____

Nach ärztlicher Beratung gab die Klientin an, folgt bei der Geburtsklinik/Hebamme/Arzt/Ärztin _____ zu entbinden.

Schwangerschaftsfeststellung

Zeit in _____ / _____

Kontrazeptiva (zuvor/jetzt) _____

Entbindungsweise _____

Kaiserschnitt _____

Mehrlinge _____

Letzte Periode _____

Empfängnis/Geburtstermin _____ in _____

B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

☐ 29 Normalbefund/Folge Allgemeinuntersuchung

29 Übelkeit _____ / Erbrechen _____

30 Besondere psychische Belastung

31 Besondere soziale Belastung

32 Rückgang Hb um > 20 SSW

33 Müdigkeit/Atemnot

34 Hämorrhoiden

35 Obstipation

36 Harnwegsinfekte/Blasen-Wochenbettentzündung

37 Nierenbeckenentzündung

38 Varikosis/Ödeme

39 Hypertonie (Blutdruck über 140/90)

40 Proteinurie (Eiweiss im Urin)

41 Hypertonie (Blutdruck über 140/90) und Proteinurie (Eiweiss im Urin)

42 Präeklampsie – schwere Ödeme

43 Präeklampsie – schwere Ödeme und Hypertonie

44 Hämatom Dammbiss gross

45 Hypertonie (Blutdruck über 140/90) und Proteinurie (Eiweiss im Urin) und Ödeme

46 Schwangerschaftsdiabetes

47 Anämie Hämoglobin < 100 g/l

48 Anämie Hämoglobin < 80 g/l

49 Hämoglobin – schwere Störung

50 Gewichtsverlust

51 Andere Besonderheiten, ggf. welche _____

○ Beobachtungen über und Ausfüllen sorgfältig der Blutdruckgrafik auf der Rückseite

C. Untersuchungen bei serologischen Risiken

○ Antikörper Suchtest ○ Hepatitis-B-Oberflächen-Antigen

○ Anti-Rötelnvirus IgG ○ HIV 1/2

○ Anti-Toxoplasmose IgG ○ Syphilis-Test

Stellen, Behandlung während der Schwangerschaft

Service, Klinik, Diagnose, Therapie

grün: Glucose-Toleranztest

Datum: _____

	Datum	Schwangerschaftswochen	SSW Kontrolle	Fundushöhend Symphysenabstand	Kindsbewegung	Herztöne	Kindslage	Ödeme	Varikosis	Gewicht	RR: systol. diast.	Hb/ Urin	Eiweiß Zucker Aceton Spezif. Gew.	Allgemeine Untersuchungen (z.B. auch Zahnstatus)	Spezielle Befunde (z.B. Hb-Elektrophorese, HIV, Hepatitis)	Risiko-Nr. Kürzel/Log B	Grünlogramm / Checkliste Therapie / Medikamente	Spezielle Befunde ? Wichtige Termine ? SSW	Datum
1.																			
2.																			
3.																			
4.																			
5.																			
6.																			
7.																			
8.																			
9.																			
10.																			
11.																			
12.																			
13.																			
14.																			

○ Risikoschein ausfüllen z.B. vor mindestens

Termin: ○ vereinbart ☐ Hebamme

Behandlungsbeginn bestätigt durch Arzt/Ärztin/Hebamme (Stempel und Unterschrift)

http://www.medundorg.de/shop/images/60802_2.jpg08.02.2011 15:04:59