

Mutterschaftsanamnesebogen

3. Besteht bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung?
Neigen Sie zu Venenentzündungen?

nein	ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4. Sind Sie allergisch?

nein	ja	gegen: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

5. Erhielten Sie schon einmal eine Bluttransfusion?

nein	ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

6. Besteht bei Ihnen eine besondere seelische Belastung,
z.B. in der Familie oder im Beruf?

nein	ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

7. Bestehen bei Ihnen besondere wirtschaftliche
Probleme (Wohnung, Geldmangel)?

nein	ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

8. Gab es bei vorangegangenen Schwangerschaften
Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem
Rhesus-Faktor?

nein	ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

9. Sind Sie zuckerkrank?

nein	ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

10./11. **Wird von Ärztin/Arzt ausgefüllt!**

12. Bestehen bei Ihnen Skelett-Veränderungen,
z.B. auch infolge eines Unfalls?

nein	ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

13./14./15. **Wird von Ärztin/Arzt ausgefüllt!**

16. Sind Sie schnell schwanger geworden?
oder mussten Sie oder Ihr Mann sich vorher wegen
Kinderlosigkeit behandeln lassen?

nein	ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

17. Hatten Sie schon einmal eine Frühgeburt?

nein	ja	wieviele Wochen vor dem Termin? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

18. Haben Sie schon einmal ein sehr kleines Kind geboren?

nein	ja	Gewicht: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

19. Wieviele Schwangerschaften endeten als Abort?
Wieviele lebende Kinder haben Sie?

nein	ja	wann? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

20. Hatten Sie schon eine Totgeburt?
Haben Sie ein geschädigtes Kind?

nein	ja	wann? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

21. Gab es Schwierigkeiten bei vorangegangenen
Schwangerschaften?

nein	ja	welche? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

22. Hatten Sie schon einmal **noch** einer Entbindung
irgendwelche Komplikationen?

nein	ja	welche? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

23. Wurde bei Ihnen schon einmal eine
Kaiserschnittentbindung durchgeführt?

nein	ja	wann? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

24. Würden Sie schon einmal an der Gebärmutter operiert?

nein	ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

25. Bestehen bei Ihnen Schwangerschaftserfolge in weniger
als einjährigem Abstand?

nein	ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

26. Andere Besonderheiten:

nein	ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Datum _____

Unterschrift _____