

Zusatzfragebogen für schwangere Frauen:

(bitte füllen Sie diesen Bogen zusätzlich zum allgemeinen Anamnesebogen aus)

Frauenarzt: _____
 Schwangerschaftswoche: _____
 Errechneter Geburtstermin: _____
 Erwarten Sie Zwillinge? nein ja _____

Bitte machen Sie Angaben zu Ihren bisherigen Kindern:

Name/Geburtstag:	Entbindungswoche:	Gewicht:	Größe:
_____	_____ Woche	_____ g	_____ cm
_____	_____ Woche	_____ g	_____ cm
_____	_____ Woche	_____ g	_____ cm

Gab es Fehlgeburten?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Gab es Fehlbildungen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Gab es Gestationsdiabetes?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Gab es Geburtskomplikationen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____

Jetziger Schwangerschaftsverlauf:

Probleme:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Kindsgröße zu groß oder zu klein?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Fruchtwasser vermehrt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Zucker im Urin?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Zuckersuchtest/OGT erfolgt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Folsäure vor der Schwangerschaft?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Blutdruck zu hoch?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Sind Sie berufstätig?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Körperlich anstrengender Beruf?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Schichtdienst?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Gewicht vor dieser Schwangerschaft			_____

In welcher Klinik wollen Sie entbinden?

Haben Sie Unterstützung von Ihrem Partner oder der Familie? _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Hilfe!