|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Herzlich Willkommen in der Hebammensprechstunde!**  Wie möchten Sie so gut wie möglich in der bevorstehenden Zeit zur Fragen der Geburt vorbereiten.  Hierfür benötigen wir Ihre Unterstützung und danken Ihnen für die Beantwortung folgender Fragen.  Manchmal sind Antwortmöglichkeiten vorgegeben, wobei Sie das Zutreffende markieren können. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | |
| **Vorname** | | | | **Name** | | | | | **Geburtsdatum** | | | | | |
|  |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | |
| **Kontaktdaten wichtiger**  **Personen** | | | | **Telefon/ Handy** | | | | | **Partner/ in/ Bezugsperson**  **Telefon** | | | | | |
|  |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | |
| **Adresse** | | | | **Wohnort** | | | | | **Land** | | | | | |
|  |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | |
| Welche gynäkologischen Erkrankungen + OP´s haben Sie? | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  |
| Wurde bei Ihnen eine Brustverkleinerung oder -vergrößerung durchgeführt? ja  nein | | | | | | | | | | | | | | |
| Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? janein  welche: | | | | | | | | | | | |  | |  |
| Gibt es Erbkrankheiten der eigenen Familie oder in der Familie des Partners? Ja/ Nein | | | | | | | | | | | | | | |
| Wenn ja, welche? | | |  | | | | | | | | | | |  |
| Haben Sie eine Allergie? | | | ja nein welche: | | | |  | | | | | | |  |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | | | ja nein welche: | | | |  | | | | | | |  |
| Frühere Schwangerschaften | | | ja nein | | | |  | | | | | | | |
| Hatten Sie eine Fehlgeburt/ eine Eileiterschwangerschaft oder eine Abtreibung? | | | | | | | | | | | | | | |
| In der wievielten Schwangerschaftswoche war dies? SSW | | | | | | | | | | |  | | |  |
| Wie wurde diese behandelt? | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Frühere Geburten** | | |  | | | | | | | | | | | |
| Wie haben Sie entbunden? | | |  | | | | | | | | | | |  |
| Wann? | | |  | | | | | | | | | | |  |
| In der wievielten Schwangerschaftswoche haben Sie entbunden? SSW | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Wie schwer waren Ihre Kinder/ ihr Kind? | | | | | |  | | | | | | | |  |
| Hatten Sie einen Dammschnitt oder sonst eine Geburtsverletzung? ja nein | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gab es Komplikationen während oder nach der Geburt? | | | | | | | | | | | | ja nein | | |
| Wenn ja welche? | | | | | | |  | | | | | | |  |
| Wie verlief die Nachgeburtsperiode? | | | | | | |  | | | | | | |  |
| Gab es Besonderheiten im Wochenbett? | | | | | | |  | | | | | | |  |
| Haben Sie ihr Kind gestillt? ja nein wie lange? | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Gab es Stillprobleme? | | | | | | |  | | | | | | |  |
| Haben Sie Beschwerden in der jetzigen Schwangerschaft? Ja nein | | | | | | | | | | | | | | |
| Welche: | |  | | | | | | | | | | | |  |
| Hatten Sie Probleme bei der Periode? ja nein | | | | | | | | | | | | | | |
| welche:  Schmerzen/ Blutungsstärke/ Unregelmäßigkeiten | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | |  | |  | | | | |
| Wie lange haben Sie auf die Schwangerschaft gewartet? | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | |  | |  | | | | |
| Gab es folgende Erkrankungen in der Schwangerschaft? | | | | | | | | | | | |  | | |
| Röteln/ Masern ja nein | | | | | | | | | | | | | | |
| Herpes/ Hepatitis ja nein | | | | | | | | | | | | | | |
| Nieren/ Blasenentzündung ja nein | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | |
| **Hatten Sie in der Schwangerschaft** | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | **Symptome wie** | | | **Ja** | | **Nein** | | | | | **Wie wurden Sie behandelt?** | | |  |
|  | | | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | Übelkeit | | |  | |  | | | | |  | | |  |
|  | Sodbrennen | | |  | |  | | | | |  | | |  |
|  | Verstopfung | | |  | |  | | | | |  | | |  |
|  | Störung beim Wasserlassen | | |  | |  | | | | |  | | |  |
|  | Schlafprobleme | | |  | |  | | | | |  | | |  |
|  | Kopfschmerzen | | |  | |  | | | | |  | | |  |
|  | Sehstörungen | | |  | |  | | | | |  | | |  |
|  | Scheideninfekt | | |  | |  | | | | |  | | |  |
|  | Blutungen | | |  | |  | | | | |  | | |  |
|  | Wassereinlagerungen | | |  | |  | | | | |  | | |  |
|  | Krampfadern/ Hämorrhoiden | | |  | |  | | | | |  | | |  |
|  | Andere Probleme | | |  | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Haben Sie bei Ihrem Frauenarzt einen Glukosetoleranztest (Zuckertest) gemacht? ja nein | | | | | |
| War dieser Test auffällig? ja nein | | | | | |
| Haben Sie in der Schwangerschaft Alkohol getrunken? ja manchmal nein | | | | | |
| Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? ja nein Menge: | | | |  |  |
| Nehmen Sie Drogen? ja nein | | | | | |
|  | |  |  | | |
| Sind sie berufstätig/ studieren Sie? ja nein | | | | | |
| Wie körperlich belastet fühlen Sie sich? Gering Mittel Sehr | | | | | |
| Wie psychisch belastet fühlen Sie sich? Gering Mittel Sehr | | | | | |
|  | |  |  | | |
| Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein | | | | | |
|  | |  |  | | |
| Wie sind ihre Ess-Trinkgewohnheiten? (z.B. Ernährungsform, Auswahl und Menge der Getränke) | | | | | |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
| Was wissen Sie über Ihre eigene Geburt? | | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  | Sonstiges: | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |