

(Etikette)

Linz, am .....

1. Tag der letzten Periode: .....

Geburtstermin: rechnerisch: ..... korrigiert (laut Ultraschall): .....

Wie lautet ihre Blutgruppe: .....

Haben Sie einmal Bluttransfusionen erhalten? Nein  Ja

Wenn ja, wann?.....

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? Nein  Ja

Wenn ja, welche?.....

Sind Sie alleinstehend? Nein  Ja

Wer ist Ihr nächster Angehöriger?  
.....

Wie ist Ihr Familienstand? .....

Waren Sie berufstätig in dieser Schwangerschaft? Nein  Ja

Welchen Beruf übten Sie aus? .....

Wurden Sie in dieser Schwangerschaft ambulant behandelt? Nein  Ja

Wurden Sie in dieser Schwangerschaft stationär behandelt? Nein  Ja

Wo? ..... Warum? ..... Wie lange? .....

Haben Sie einen Mutter-Kind-Pass? Nein  Ja

Wie war Ihr Gewicht in der Schwangerschaft? Zu Beginn:..... Zuletzt: .....

Wie groß sind Sie? .....

Wann erfolgte die 1. Untersuchung in dieser Schwangerschaft: Datum: .....

Wie viele Untersuchungen wurden durchgeführt (Frauenarzt + Ambulanz)? .....

Wurde eine CVS (Mutterkuchenpunktion) durchgeführt? Nein  Ja

Wurde eine Amniozentese (Fruchtwasserpunktion) durchgeführt? Nein  Ja

Hatten Sie einmal eine Konisation (Muttermundoperation)? Nein  Ja

Wurde in dieser Schwangerschaft ein Scheidenring eingelegt? Nein  Ja



## Pränataler Schwangeren-Fragebogen

Erfolgte eine Cerclage-Operation (Muttermundbändchen)?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Erhielten Sie eine Wehenhemmung durch Infusion?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Erhielten Sie eine Wehenhemmung als Tabletten?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Wurde eine Lungenreifebehandlung durchgeführt?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Wann? .....		

Wann wurde der 1. Ultraschall durchgeführt?	Datum: .....
Wieviele Ultraschall-Untersuchungen sind erfolgt (Frauenarzt+Ambulanz)?.....	
Wurde auch mit Farbe die Gefäßdurchblutung gemessen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Wurde eine Fehlbildung gesehen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Liegen bei Ihnen Schwangerschaftsrisiken oder vorbestehende Grunderkrankungen (z.B.: Diabetes, hoher Blutdruck, Zustand nach Bauchoperationen oder Kaiserschnitt oder Frühgeburt) vor?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Falls Ja, welche?.....		
Ist in Ihrem Mutter-Kind-Pass ein Risiko eingetragen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Rauchten Sie während dieser Schwangerschaft?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? .....		
Gab es Besonderheiten im Schwangerschaftsverlauf?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		

Waren Sie bereits einmal schwanger?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie oft? .....		
Wie war Ihre letzte Entbindung?		
Normal <input type="checkbox"/>	Saugglocke <input type="checkbox"/>	Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>
Nennen Sie die entsprechenden Zahlen (Zwillinge werden als 1 Geburt definiert): Lebendgeburt ... Totgeburt ... Fehlgeburt ... Abbruch ... Eileiter-SS ...		

*Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen!*  
**Wir wünschen Ihnen eine angenehme Entbindung!**

*Ihr Geburtshilfe-Team der Barmherzigen Brüder*