

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****Kontakt Daten 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? ja nein 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

ja nein welche:

Medikamente ein?

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: