

Aktuelle Schwangerschaft

- Wie war der Zyklus vor der Schwangerschaft? regelmäßig unregelmäßig
- Dauer (1. Tag der Blutung bis zur nächsten Blutung) _____
- Wie viele Tage haben Sie geblutet? _____
- Haben Sie vor der Schwangerschaft Hormone eingenommen (z.B. Verhütung, Pille, Spirale, Nuvaring etc.)? nein ja Wenn ja, was und bis wann? _____
- Wie wurden Sie schwanger? auf natürlichem Wege hormonell unterstützt

Hatten Sie schon eine Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch?

Jahr	Welche Schwangerschaftswoche?	Ausschabung?

Gibt es in der aktuellen Schwangerschaft bisher Besonderheiten?

Wurde bei Ihnen folgendes durchgeführt?

- Nackenfaltenmessung Amniozentese Chorionzottenbiopsie Fehlbildungs-Ultraschall

Vorangegangene Geburten

Datum	Natürliche Geburt / Saugglocke / Kaiserschnitt	Junge / Mädchen	Gewicht Länge	Dauer der Geburt	Klinik	Besonderheiten (Einleitung, Geburtsverletzung, Frühgeburt, Grund für Kaiserschnitt/Saugglocke, Blutung)

Eigene Krankengeschichte

- Bluthochdruck? _____ Diabetes? _____
- Schilddrüse? _____ Blutgerinnung (Thrombose)? _____
- Niere? _____ Psychische Erkrankung/Belastungen? _____
- Hüfterkrankung (z.B. Spreizhose als Kind)? _____
- Sonstige: _____

Wurden Sie schon operiert?

Jahr	Art der Operation	Narkose

Waren Sie in der aktuellen Schwangerschaft stationär?

Grund	Dauer	Klinik
Hatten Sie schon einmal Kontakt mit MRSA/MRGN (Multi-resistente Keime)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Waren Sie in den letzten 12 Monaten länger als 3 Tage stationär in einer Klinik?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie in den letzten 6 Monaten Antibiotika eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen Klinikkontakt in Griechenland, in der Türkei, in Indien oder Israel?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Familiäre Krankengeschichte

Gibt es Erkrankungen beim Kindsvater, dessen enger Familie oder Ihrer eigenen Familie? Wenn ja, was und wer?

Bluthochdruck? _____ Diabetes? _____

Schilddrüse? _____ Blutgerinnung (Thrombose)? _____

Niere? _____ Psychische Erkrankung/Belastungen? _____

Hüfterkrankungen? _____ Erbkrankheiten? _____

Sonstige Krankheiten oder Auffälligkeiten? _____

Haben Sie Wünsche/Anregungen, die Sie uns mitteilen möchten?

Wir bedanken uns und wünschen Ihnen auch weiter eine gute Schwangerschaft!
Ihr Kreißaal-Team