



MUTTERSCHAFTS- ANAMNESE

Frauenarztpraxis Dr. A. Dietrich / H. Kattner

FÄ für Gynäkologie & Geburtshilfe

Liebe werdende Mutti,

nachdem nun feststeht, dass Sie schwanger sind, ist beim nächsten Termin die erste Mutter-schafts-Vorsorgeuntersuchung vorgesehen.

Gleichzeitig soll dabei der Mutterpass angelegt werden. Falls Sie im Besitz eines Blutgruppen-ausweises, eines Impfpasses mit eingetragenen Röteln-Tests oder gegebenenfalls eines alten Mutterpasses sind, dann bringen Sie diese Unterlagen bitte mit.

Bitte beantworten Sie die unten aufgeführten Fragen zu Hause in aller Ruhe und legen Sie das ausgefüllte Blatt bei der nächsten Untersuchung wieder vor.

Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, dann lassen Sie sie einfach offen. Wir werden gemeinsam alle Punkte noch einmal besprechen, bevor die Eintragung in den Mutterpass erfolgt.

Ihr Praxisteam

Vorname:	Größe:
Name:	Gewicht:
Adresse:	Alter:
	Alter des Partners:

Wie oft waren Sie bereits schwanger? _____

Wie viele Kinder haben Sie bereits geboren? _____

Wie viele Tage liegen bei Ihnen normalerweise zwischen zwei Perioden? _____

Wann begann Ihre letzte Periodenblutung? _____

Könnten Sie sich vorstellen,
an welchem Tag die Schwangerschaft eingetreten ist? _____

Haben Sie früher die sogenannte Antibabypille eingenommen,
wenn ja, bis wann? _____

Hatten Sie in der letzten Zeit Kontakt mit Kindern oder Erwachsenen,
die an Röteln, Masern, Windpocken, Gelbsucht
oder einer anderen Infektion erkrankt waren? _____

Bei welchen Ärzten sind Sie zur Behandlung? _____

Welche Medikamente müssen Sie einnehmen? _____

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, wieviele Zigaretten täglich? _____

Besteht Alkoholgenuss? ☐ nein ☐ ja _____

Dürfen wir einen
HIV-Test durchführen? ☐ nein ☐ ja _____



Die folgenden Fragen beziehen sich auf weitere wichtige Bereiche Ihrer Vorgeschichte.

1. Gibt es in Ihrer Familie:

- | | | |
|---------------------------------------|---|-------|
| Zuckerkrankheit | ☐ nein ☐ ja | _____ |
| Bluthochdruck | ☐ nein ☐ ja | _____ |
| Angeborene Missbildungen | ☐ nein ☐ ja | _____ |
| Erbkrankheiten | ☐ nein ☐ ja | _____ |
| Veranlagung zu seelischen Krankheiten | ☐ nein ☐ ja | _____ |

2. Waren Sie an folgenden Organen schon einmal schwer erkrankt?

- | | | |
|--------------|---|-------|
| Herz | ☐ nein ☐ ja | _____ |
| Lunge | ☐ nein ☐ ja | _____ |
| Leber | ☐ nein ☐ ja | _____ |
| Nieren | ☐ nein ☐ ja | _____ |
| Nervensystem | ☐ nein ☐ ja | _____ |

3. Besteht bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung?

(z.B. erkennbar an sehr starker, übermäßiger Regelblutung oder verzögertem Blutungsstopp nach kleinen Verletzungen)

☐ nein ☐ ja _____

4. Sind Sie allergisch?

☐ nein ☐ ja _____

5. Erhielten Sie schon einmal eine Bluttransfusion?

☐ nein ☐ ja _____

6. Besteht bei Ihnen eine besondere seelische Belastung?

z.B. in der Familie oder im Beruf?

☐ nein ☐ ja _____

7. Bestehen bei Ihnen besondere wirtschaftliche Probleme (Wohnung, Geldmangel)?

☐ nein ☐ ja _____

8. Gab es bei vorhergehenden Schwangerschaften Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Rhesus-Faktor?

☐ nein ☐ ja _____

9. Sind Sie zuckerkrank?

☐ nein ☐ ja _____



MUTTERSCHAFTS- ANAMNESE

10. Bestehen bei Ihnen Skelett-Veränderungen?
z.B. auch infolge eines Unfalls? ☐ nein ☐ ja _____
11. Sind Sie schnell schwanger geworden
oder mussten Sie oder Ihr Mann sich
vorher wegen Kinderlosigkeit
behandeln lassen? ☐ nein ☐ ja _____
12. Hatten Sie schon mal eine Frühgeburt?
Wenn ja, wieviele Wochen vor dem Termin? ☐ nein ☐ ja _____

13. Haben Sie schon einmal ein sehr
kleines Kind geboren? ☐ nein ☐ ja, Gewicht: _____
14. Wie viele Schwangerschaften
endeten als Fehlgeburt?
Wie viele lebende Kinder haben Sie? ☐ nein ☐ ja, wann: _____

15. Hatten Sie schon einmal eine Totgeburt? ☐ nein ☐ ja _____
16. Haben Sie ein geschädigtes Kind? ☐ nein ☐ ja _____
17. Gab es Schwierigkeiten bei früheren
Schwangerschaften? ☐ nein ☐ ja _____
18. Hatten Sie schon einmal Komplikationen
nach einer Entbindung? ☐ nein ☐ ja _____
19. Wurde bei Ihnen schon einmal eine
Kaiserschnittentbindung durchgeführt? ☐ nein ☐ ja _____
20. Wurden Sie schon einmal an der
Gebärmutter operiert? ☐ nein ☐ ja _____
21. Bestehen bei Ihnen Schwanger-
schaftsfolgen in weniger als
einjährigem Abstand? ☐ nein ☐ ja _____
22. Sind Sie mit dem Vater des
Kindes verwandt? ☐ nein ☐ ja _____
23. Gibt es andere Besonderheiten?
☐ nein ☐ ja _____

Datum:

Unterschrift:



Hinweise zum
Datenschutz
gemäß
EU DSGVO

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter der Praxis zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen innerhalb der Praxis oder an Dritte (z.B. Hausarzt, weiterbehandelnde Ärzte, Klinik, Labor, Abrechnungsstellen, Krankenkasse, Kassenärztliche Vereinigung) übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mir Informationen der Praxis, Terminänderungen oder Erinnerungen an Termine per SMS oder per E-Mail zugestellt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass von mir beauftragte Personen Rezepte und andere Unterlagen in der Praxis bis auf Widerruf für mich abholen dürfen.

Ich hatte und habe jederzeit die Möglichkeit, das in der Praxis ausliegende Informationsblatt zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), gültig ab 25.05.2018, zu lesen und bin mit der Nutzung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.

Es besteht jederzeit die Möglichkeit, meine Einwilligung zu widerrufen.

Wenn Sie es wünschen, prüfen wir Ihren Impfschutz. Bitte bringen Sie dann Ihren Impfausweis mit.

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Team der Frauenarztpraxis
Dr. A. Dietrich