



Name
Geburtsdatum
Adresse

Um Sie in der Zeit des „Mutter-Werdens“ gut und individuell betreuen zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Es ist wichtig für uns zu wissen, ob und wann Sie schon mal ernsthaft krank waren. Bitte tragen Sie evtl. stattgefundenen Operationen und Erkrankungen mit der Jahreszahl ein. Vielen Dank Falls Sie Fragen oder Wünsche zu Ihrem Aufenthalt bei uns haben, wenden Sie sich gerne an uns.

Errechneter Geburtstermin: _____ **Behandelnder Frauenarzt/ betreuende Hebamme** : _____ / _____

Skelettsystem

Wirbelsäule/Becken: _____

Operationen _____

Allergien und Haut

Blut- und Gefäßsystem

Krampfadern: _____
Thrombose: _____

Kinderkrankheiten: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig?

Welche Erkrankungen traten bisher in Ihrer Familie oder in der Familie ihres Partners gehäuft auf? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Fehlbildungen, Erbkrankheiten)

Wie ernähren Sie sich? _____

Welche Berufstätigkeit üben Sie aus? _____

Wie regelmäßig bekamen Sie Ihre Periode und wie lange haben Sie geblutet?

Wann genau begann Ihre letzte Periode vor der Schwangerschaft und wie verlief sie?

Ist die Schwangerschaft durch eine Sterilitätsbehandlung entstanden? Wenn ja, welche?

Welche
Beschreiben Sie den Verlauf der vorangegangenen Schwangerschaften und Geburten.
(z.B. Besonderheiten, Beschwerden, Betreuung, Dauer, Schmerzmittel, eigenes Erleben)

Datum	Name des Kindes	Gewicht des Kindes	Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Das möchte ich Ihnen noch mitteilen: